FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1912-1913 **N° 1006**

ÉTUDE CLINIQUE

DES ABCÈS DE FIXATION

DANS LES PYREXIES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 7 Mai 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARMOITON, Pierre

Né le 11 Septembre 1885, à Brioude (Haute-Loire)

Examinateurs de la Thèse :

MM.	HAUSHALTER	professeur . .	*Président*
	ÉTIENNE	professeur . .	*Juges.*
	SPILLMANN	agrégé	
	RICHON	agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

—

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1912-1913 **N° 1006**

ÉTUDE CLINIQUE

DES ABCÈS DE FIXATION

DANS LES PYREXIES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 7 Mai 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARMOITON, Pierre

Né le 11 Septembre 1885, à Brioude (Haute-Loire)

ACAD. LUGD.BAT. BIBL.

Examinateurs de la Thèse :

MM.	HAUSHALTER	professeur . .	*Président.*
	ÉTIENNE	professeur . .	*Juges.*
	SPILLMANN	agrégé	*Juges.*
	RICHON	agrégé	*Juges.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

—

1913

UNIVERSITÉ DE NANCY. FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. GROSS, O ✻, I ⚙.
Assesseur : M. WEISS, ✻, I ⚙.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, ✻, I ⚙ ; NICOLAS, I ⚙ ; PRENANT, ✻, I ⚙, BERNHEIM, O ✻, I ⚙.

Professeurs : MM.

Clinique chirurgicale	GROSS, O ✻, I ⚙.
Physique médicale	CHARPENTIER, ✻, I ⚙.
Médecine opératoire	CHRÉTIEN, I ⚙.
Clinique chirurgicale	WEISS, ✻, I ⚙.
Chimie médicale et toxicologie	GARNIER, I ⚙.
Clinique médicale	SPILLMANN, I ⚙.
Clinique obstétricale et Accouchements	A. HERRGOTT, ✻, I ⚙.
Hygiène	MACÉ, I ⚙.
Clinique médicale	SIMON, I ⚙.
Physiologie	MEYER, ✻, I ⚙.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	ETIENNE, I ⚙
Histoire naturelle médicale	VUILLEMIN, I ⚙.
Clinique ophtalmologique	ROHMER, I ⚙.
Médecine légale	PARISOT, ✻, I ⚙.
Clinique des maladies des enfants	HAUSHALTER, I ⚙.
Histologie	BOUIN, I ⚙.
Anatomie descriptive	ANCEL, I ⚙.
Anatomie pathologique	HOCHE, I ⚙.

Professeurs-adjoints : MM.

Clinique d'électrothérapie (1)	GUILLOZ, ✻, I ⚙.
Pathologie externe	VAUTRIN, I ⚙.

Chargés de Cours complémentaires : MM.

Clinique des maladies des vieillards.	RICHON, A ⚙, agrégé.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	L. SPILLMANN, I ⚙, agrégé libre
Accouchements	SCHUHL, I ⚙, agrégé libre.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie (1)	FRŒLICH, I ⚙, id.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)	JACQUES, I ⚙, id.
Clinique des voies urinaires (1)	ANDRÉ, I ⚙, id.
Clinique des maladies mentales	PARIS, I ⚙.
Médecine opératoire	MICHEL, I ⚙, agrégé libre.
Thérapeutique et Matière médicale.	ZILGIEN, I ⚙, id.

Agrégés en exercice

MM. GUILLOZ, ✻, I ⚙.	MM. COLLIN, A ⚙.	MM. BUSQUET.
LAMBERT, I ⚙.	DUFOUR, I ⚙.	LUCIEN, A ⚙.
RICHON, A ⚙.	SENCERT, A ⚙.	BINET.
G. GROSS, I ⚙.	ROBERT, A ⚙.	PERRIN, A ⚙.
FRUHINSHOLZ, I ⚙.		

Agrégés libres

MM. REMY, A ⚙, FÉVRIER, O ✻, I ⚙, ZILGIEN, I ⚙, FRŒLICH, I ⚙, SCHUHL, I ⚙, JACQUES, I ⚙, ANDRÉ, I ⚙, MICHEL, I ⚙, L. SPILLMANN, I ⚙.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, ⚷, I ⚙, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HAUSHALTER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. SPILLMANN

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

INTRODUCTION

Lorsque, le 23 août 1891, Fochier fit sa première communication sur le traitement des infections généralisées par les abcès artificiels, il expliqua leur action par la fixation, au niveau de l'injection d'essence de térébenthine, des germes en circulation dans le sang. Peu lui importait, d'ailleurs, leur mode d'action, il n'en considérait que le résultat, qui était excellent. Les découvertes physio-pathologiques récentes ont permis d'expliquer le mécanisme de leur action et sont venues affirmer la légitimité et la valeur de cette médication. Aujourd'hui encore, malgré les acquisitions qui viennent chaque jour enrichir la thérapeutique, l'abcès de fixation reste la suprême ressource, le seul moyen véritablement efficace que l'on possède parfois pour lutter contre les pyrexies qui résultent d'une infection générale.

En consultant à ce sujet la littérature médicale, on trouve une multitude de faits qui, dans les affections fébriles les plus diverses, témoignent en faveur de la

méthode de Fochier. Nous nous sommes efforcés de réunir dans cette étude toutes les données acquises jusqu'à nos jours à ce sujet. Nous y avons joint un certain nombre d'observations dont les unes nous sont personnelles et dont les autres ont été recueillies dans différents services hospitaliers.

M. le professeur Pâris a eu l'extrême obligeance de nous communiquer une intéressante observation de son service; nous sommes heureux de l'en remercier ici et de redire avec quel intérêt nous avons suivi ses cliniques si captivantes de l'Asile de Maréville.

Nous sommes redevable à M. le Professeur agrégé Fruhinsholz de la relation très complète d'un cas de fièvre puerpérale traité par les abcès de fixation; en lui en exprimant toute notre reconnaissance, nous tenons à y joindre l'assurance que nous n'oublierons jamais la grande part qui revient à son enseignement si simple et si lumineux dans notre instruction obstétricale.

Les travaux de M. le Professeur Carles, de Bordeaux, qu'il a très obligeamment mis à notre disposition, nous ont été d'une grande utilité; nous le prions d'agréer l'hommage de notre gratitude.

Les études si complètes de M. le Professeur agrégé Louis Spillmann sur le rôle des leucocytes, ont élucidé dans notre esprit le mode d'action des abcès artificiels. C'est à ses attrayantes cliniques que nous avons appris à connaître les affections cutanées, d'un diagnostic si délicat dans la pratique. Il nous fait l'honneur d'être aujourd'hui notre juge; nous en garderons toujours le souvenir.

Nous regrettons vivement que l'inspirateur de ce

travail, notre initiateur dans la science médicale, M. le Professeur P. Spillmann, n'ait pu présider à la soutenance de notre thèse. Nous faisons les vœux les plus sincères pour son prompt rétablissement.

Nous adressons nos sentiments de profonde reconnaissance à M. le Professeur Haushalter. Nous lui devons tout ce que nous savons de cet art si délicat de la médecine infantile. Pendant plusieurs années, nous avons suivi avec un grand intérêt ses savantes cliniques, où se pressent à côté de l'étudiant maints praticiens expérimentés. Ce Maître a toujours fait preuve à notre égard d'une bienveillance sans bornes; il nous donne aujourd'hui une nouvelle preuve d'intérêt en acceptant la présidence de cette thèse, nous le remercions de ce grand honneur.

Nous offrons à M. le Professeur Etienne nos plus vifs sentiments de gratitude pour la parfaite bonne grâce avec laquelle il a consenti à faire partie de notre jury de thèse et pour les précieux enseignements qu'il nous a donnés à ses cliniques de l'hospice Saint-Julien.

M. le Professeur agrégé Richon a bien voulu accepter de siéger parmi nos juges. Ses leçons si claires de propédeutique médicale ont aplani pour nous bien des difficultés dans la compréhension des maladies. Nous n'oublierons jamais l'accueil plein d'affabilité que nous avons constamment trouvé auprès de lui.

A tous nos Maîtres de la faculté de médecine de Nancy et spécialement à M. le Professeur Hergott et à M. le Professeur agrégé André nous adressons l'expression de notre reconnaissance pour le dévouement, la science et la bonté qu'ils nous ont toujours prodigués.

Nos remerciments s'adressent aussi à M. le Docteur Delfour, aux Docteurs Legris et Remy, chefs de clinique de la Faculté, et à tous ceux de nos camarades et de nos amis qui nous ont aidé dans l'élaboration de ce travail ; nous garderons de tous un ineffaçable souvenir.

CHAPITRE I

APERÇU HISTORIQUE SUR LA PYOGÉNESE ARTIFICIELLE

L'usage d'établir des exutoires dans le but de modifier, en les dérivant à la surface du corps, certaines phlegmasies splanchniques, remonte à la plus haute antiquité.

Hippocrate, le père de la médecine humoriste, considère que toute maladie est produite par une humeur développée en un point du corps, Il appelle crise (κρισις, jugement) l'issue au dehors de l'humeur peccante, parce que c'est par elle que se juge ou se dénoue la maladie. L'humeur morbide se porte-t-elle sur un autre point de l'économie, il y a métastase (μεταστασις, déplacement).

Le cautère lui est si familier qu'il le propose dans la plupart des maladies. Il traite les affections pulmonaires par le vomitif, les infusions et les fumigations.

Si la maladie résiste à ces moyens, il cautérise la poitrine et le dos de manière à y exciter des ulcères artificiels qu'il mène à suppuration. Dans les douleurs de tête, lorsque le cautère ne produisait pas d'effet, il pratiquait une incision sur le front et en tenait les bords relevés « par le moyen de charpie qu'il mettait entre les lèvres de la plaie pour donner issue aux humeurs ».

Celse traitait les phtisies, et dans ce mot on englobait autrefois toutes les affections pulmonaires graves, par la création entre les épaules d'ulcères artificiels, dont il entretenait la suppuration jusqu'à ce que la toux fût entièrement dissipée.

Le moyen-âge raya les métastases de la nosologie, et bannit les cautères de la thérapeutique.

Prosper Alpini (1) rapporte que les Egyptiens appliquaient couramment des cautères dans un grand nombre de maladies. Le procédé qu'ils employaient mérite d'être rapporté : « Ils prennent, dit l'historien, une petite pièce de lin cru, qu'ils roulent en pyramide, et, ayant mis le feu sur le côté pointu de la pyramide, ils appliquent la base sur la partie qu'ils veulent cautériser, appuyant toujours dessus jusqu'à ce que toute la pyramide soit brûlée ». Sur quoi, ajoute-t-il, il convient de remarquer que dans cette opération ce n'est

(1) Prosper Alpini, médecin et botaniste, né le 23 octobre 1553, à Marostica (Venise), visita l'Egypte et écrivit, à son retour, un traité « De médicina Ægyptiorum », où il relate le résultat des observations et des recherches qu'il fit au cours de son voyage.

pas seulement le feu qui brûle; l'huile caustique qui distille le long du linge y contribue beaucoup.

Le XVIII[e] siècle revient avec Willis aux doctrines humorales, et l'histoire de la médecine est alors dominée par la lutte entre l'humorisme et le solidisme de Bœrhaave.

Au XIX[e] siècle, le chef de l'école physiologiste, Broussais, reprend la vieille formule hyppocratique : « Duobus laboribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum ». Pour lui, révulsion et métastase sont synonymes. « La métastase une fois accomplie, dit-il, l'inflammation métastatique est une cause de révulsion transpositive pour la fluxion de l'organe primitivement irrité. »

La notion de métastase reléguée au second plan par suite des progrès de la clinique, la notion d'infection générale domine enfin la compréhension de la maladie. La métastase en est une localisation sur un point de moindre résistance. « Elle est, dit Quinquaud, comme une sécrétion interne qui sert d'émonctoire; si elle vient à cesser, il en résultera une dyscrasie plus intense. »

Vers 1850, Chomel et Louis, au cours de leurs études sur la fièvre typhoïde à l'hôpital de la Charité, remarquèrent que la production d'abcès était, dans les formes graves, d'un excellent pronostic. « La formation d'abcès sur les organes extérieurs pendant le cours de la maladie, écrit Chomel, est loin d'être un phénomène aussi défavorable qu'on pourrait le penser. Au contraire, on ne les observe pour ainsi dire que chez les sujets qui guérissent. »

D'autres observateurs font, dans les années suivantes, la même constatation, et Métivier en 1860, Suffermann et Cantel en 1867, Hervieux et Sentex en 1880 confirment cette manière de voir.

A la même époque, Trousseau, dans son Traité de thérapeutique, fait une large place à la « médication irritante spoliative »; et, remettant en honneur cautères et sétons, il affirme « qu'une suppuration constante dans un point du corps... favorise la résolution des produits inflammatoires ».

Quelques années plus tard, Fochier propose sa méthode de traitement des infections générales par la création d'abcès artificiels à l'aide d'injections sous-cutanées d'essence de térébenthine, qui se rattache, par son principe, à la vieille médecine humorale. L'inventeur revendique lui-même cette parenté: « La fixation relève de la théorie humorale, non pas qu'elle vise les liquides, mais bien parce qu'elle s'applique à des solides (microbes ou globules blancs) en suspension dans les liquides; elle relève, en somme, de ce que l'on pourrait appeler la théorie humorale solidifiée »

C'est le 23 août 1891 que le professeur lyonnais exposa sa méthode dans un article intitulé « Thérapeutique des infections pyogènes généralisées ». Mais il pratiquait déjà des abcès artificiels depuis une dizaine d'années. Ce fut l'amélioration produite, au cours des infections puérpérales, par une suppuration localisée, qui lui suggéra l'idée de provoquer artificiellement, par l'injection sous-cutanée de substances irritantes, la réaction locale que l'organisme parvenait quelquefois à réaliser spontanément.

Il n'était pas, sans doute, le premier qui en eût observé l'heureux effet. Bien des siècles avant lui, d'autres observateurs avaient attaché un pronostic favorable à ces phénomènes, qu'ils qualifiaient pour cette raison de critiques. Mais le procédé employé par Fochier, pour en déterminer l'apparition, était réellement nouveau et la paternité ne peut lui en être disputée. Ses premières expériences furent des succès, et sa méthode, à mesure qu'elle fut plus connue, ne fit que mieux montrer toute sa valeur.

Des 1892, Gingeot, Netter, Bard, Siredey signalent les heureux résultats qu'elle donne dans la pneumonie. La même année, Lépine publie l'observation d'un cas désespéré de cette affection, traité et guéri par les abcès de fixation, et, le 25 mars, Dieulafoy communique à la Société médicale des hôpitaux de Paris l'observation d'une pneumonie grippale suppurée terminée favorablement grâce à l'emploi de la méthode de Fochier. Au mois de mai, Chantemesse et René Marie exposent le résultat de leurs recherches sur le mode d'action des injections térébenthinées et font ressortir le rôle de la leucocytose.

Spillmann et Rendu éprouvaient cependant quelques insuccès dans leurs premiers essais ; mais Revilliod faisait bientôt oublier ces échecs en faisant connaître tout l'avantage qu'il avait retiré de cette médication au cours d'infections typhoïdes et de rhumatismes infectieux.

En 1893, paraissent la thèse de Berman à Paris sur le « Traitement des pneumonies graves par les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine », et

celle de Guillaumont à Nancy sur le « Traitement de quelques maladies infectieuses par les abcès de fixation ».

Branthomme et Jacques, de Bordeaux, apportent, au cours de l'année 1896, de nouvelles contributions à cette méthode, le premier par la relation de trois cas de pneumonies chez des vieillards, traités avec succès par les abcès de fixation, le second par sa thèse de doctorat sur le traitement des infections pyogènes généralisées par la méthode de Fochier.

A cette époque, la renommée du maître lyonnais a déjà franchi les frontières de la France et Cortiguera, de Santander, met au jour un travail intitulé « Sérothérapia y el flegmon de Fochier ».

En 1899, paraît à Lyon la thèse de Trifon, sur le traitement des septicémies puerpérales par les abcès de fixation, Bard fait une communication sur un cas de pneumonie et Boule publie une intéressante étude dans les Archives de Virchow.

En 1902, Carles édifie sur ce sujet une thèse qui renferme toutes les notions acquises jusqu'à ce jour et une longue série d'observations très complètes. Elle marque une date décisive dans l'histoire de cette méthode : à partir de ce moment, les expériences et les travaux se multiplient, au point que l'énumération en serait fastidieuse. Qu'il nous suffise de citer les succès multiples de Chéron, qui se déclare partisan convaincu de la méthode, l'audacieuse tentative de Vincent, qui, en 1906, sauve une de ses malades de la mort par trente injections successives d'essence de térébenthine.

A la même époque, Daireaux retire des résultats merveilleux de la médication térébenthinée dans la grippe et note l'apparition constante, sous son influence, de polyurie et d'un véritable consensus de phénomènes critiques.

Morsty, de Constantine, au cours de l'année 1909, à la suite de tentatives heureuses, érige la méthode de Fochier en traitement du typhus exanthématique.

Costes a montré tout le parti que l'on peut en retirer au cours des varioles graves, Lemoine l'a appliqué au traitement du catarrhe suffocant et Cellarier a fixé la technique applicable à la thérapeutique infantile.

En Allemagne, nous relevons, entre autres travaux, un important article de Bröse sur la méthode de Fochier, publié en 1904, dans la Deutsche médicinische Wochenschrift, et une communication de Opitz, de Magdebourg, reproduite dans la Münschner médicinische Wochenschrift.

A l'heure actuelle, en France comme à l'étranger, la pyogénèse artificielle est employée d'une façon journalière et a pris une place définitive en thérapeutique.

CHAPITRE II

MODE D'ACTION
de l'abcès de fixation dans les pyrexies

Les découvertes de Bergmann et de Verneuil ont établi que la fièvre est due à la circulation dans le sang de toxines pyrétogènes, dont Claude Bernard a su mettre en lumière l'action sur les centres nerveux thermiques et vaso-moteurs.

Les recherches de Chantemesse, d'Arnozan et de Carles (de Bordeaux), de L. Spillmann et Bruntz ont montré, d'autre part, le rôle prépondérant des leucocytes dans le transport des poisons et, en particulier, des toxines microbiennes, leur fonction éliminatrice dans les maladies infectieuses, leurs voies d'excrétion.

C'est à la lumière de ces données, que nous essaierons d'expliquer le mode d'action de l'abcès artificiel dans le traitement des pyrexies, de montrer qu'il se comporte à la façon d'un centre attractif vis-à-vis des

leucocytes chargés de produits toxiques ; qu'il excite l'hyperleucocytose, condition essentielle du triomphe de l'organisme sur l'infection. Nous nous occuperons ensuite de l'action antiseptique et analeptique de l'essence de térébenthine sur l'organisme et du rôle souvent utile de la douleur provoquée par l'abcès.

Certains auteurs n'ont voulu voir dans la méthode de Fochier qu'un procédé de révulsion analogue au cautère ou au vésicatoire ; telle est l'opinion soutenue par Guillaumont dans sa thèse et par Chassevant, dans son Traité de pharmacologie. La révulsion n'est qu'une partie de la fonction si complexe de l'abcès de fixation, et c'est en y songeant que son inventeur disait : « Il est utile de déterminer ces abcès dans des points où ils puissent avoir ce qu'on connaît sous le nom d'action révulsive, en même temps que l'action fixatrice que je leur attribue. »

L'abcès de fixation est-il un émonctoire de microbes ?

Lemoine prétend y avoir trouvé le germe spécifique au cours d'une pneumococcie. Carles reconnaît qu'au cours de certaines maladies, telles que la fièvre typhoïde, il est possible que le pus contienne l'agent pathogène en cause. Mais les recherches de Gingeot et de Dieulafoy, les expériences de Spillmann en 1892, celles de Carles, de Boissard, Caussade, Beauvoisin et d'autres observateurs, ont montré que le pus des abcès térébenthinés était amicrobien. Nos constatations personnelles concordent avec ces observations.

Il n'est pas impossible de concilier les opinions en apparence contradictoires des uns et des autres. Nous

devons admettre qu'il n'y a pas seulement transport, vers le foyer de suppuration, de toxines, mais aussi de microbes, et que ces derniers y subissent une véritable bactériolyse sous l'action combinée de la térébenthine et des ferments mis en liberté par la destruction des leucocytes, ce qui explique l'impossibilité de les y déceler dans la plupart des cas.

Un fait, qui paraît bien établir que l'absence de germes dans le pus de ces abcès est due à l'action destructive de l'essence de térébenthine à leur égard, est la présence constante de l'agent spécifique de diverses maladies au sein des abcès artificiels provoqués à l'aide de substances irritantes autres que la térébenthine. Cette présence a été vérifiée par de nombreux expérimentateurs dans des abcès déterminés par le sulfate acide de quinine, l'huile de croton, le nitrate d'argent, etc. C'est ainsi que le docteur Ch. Garnier, de Nancy, a constamment trouvé du pneumocoque dans le pus d'abcès provoqués au cours de pneumococcies.

Aucun fait ne permet de supposer que les abcès térébenthinés dont le mécanisme de formation est le même que celui des abcès provoqués avec ces diverses substances, se comportent de façon différente. Ils ne deviennent donc stériles que secondairement et sous l'influence de l'essence de térébenthine. Cette interprétation permet d'expliquer comment il se fait qu'on puisse parfois, tout au début des abcès de fixation, y retrouver des microbes, lorsque ces organismes sont particulièrement résistants.

La plupart des pyrexies sont caractérisées par une inflammation, c'est-à-dire par l'afflux des leucocytes

autour d'un foyer infectieux : le globule blanc sollicité par son tropisme à l'égard des microbes, se porte à leur rencontre et se charge électivement de leurs produits. Comme l'a démontré Mentchnikoff à propos de la toxine tétanique : « Les exsudats plus riches en leucocytes que le sang sont plus tétaniques que lui, les leucocytes ont donc très vraisemblablement fixé la toxine. »

Chargé de ces poisons, le globule blanc les transporte aux voies d'excrétion naturelles, foie, reins, intestins, créant ainsi pour ces organes, dans le cas d'infection grave, un danger sérieux. Leur pouvoir dépurateur peut se trouver débordé par la surabondance des produits septiques à éliminer et le malade est exposé à succomber, s'il ne s'établit une voie de suppléance par la peau, les muqueuses, ou par une de ces métastases que les anciens observateurs avaient justement dénommé abcès critiques.

C'est dans de tels cas que l'abcès de fixation remédie à l'insuffisance des moyens de défense naturels ; il réalise une véritable suppléance, draîne les leucocytes chargés de produits toxiques, les détourne des émonctoires surmenés, et agit à la manière d'un rein ouvert, d'une néphridie, qui les rejette directement à l'extérieur. Véritable métastase artificielle, il prévient les complications redoutables des métastases qui pourraient se faire dans des organes essentiels. En attirant les leucocytes loin du foyer inflammatoire, il contribue d'autre part à sa limitation et à sa régression.

Il n'est pas nécessaire, pour établir le mécanisme par lequel les leucocytes sont attirés vers le point où a été

faite l'injection de térébenthine, d'invoquer le pouvoir chimiotactique de l'essence de térébenthine vis-à-vis du globule blanc, propriété qui ne saurait lui être contestée. La localisation métastatique sur les points faibles de l'économie est un fait dont Landerer a nettement établi la réalité et qui est aujourd'hui bien connu : les leucocytes sont attirés vers l'abcès artificiel parce qu'il constitue une véritable lésion locale. Les travaux du Professeur L. Spillmann ont démontré que « la voie d'excrétion suivie par les globules blancs est une voie prédestinée ; c'est la région de moindre résistance. Cet état de moindre résistance peut être dû à un agent chimique formant un centre d'appel pour les leucocytes excréteurs». Ainsi s'expliquent les métastases de l'infection au cours des pyrexies et l'importance de l'abcès artificiel qui, détournant les germes en circulation d'organes en état de méiopragie ancienne, prévient les localisations qui pourraient s'y produire.

Carles estime que l'on peut réaliser « une sorte de saignée leucocytaire pour débarrasser l'organisme de tous les poisons absorbés par les globules blancs. » C'est, en effet, une véritable saignée que réalise l'abcès de fixation, mais une saignée élective qui ne soustrait au sang que l'élément toxique, devenu inutilisable et dangereux, laissant intactes pour la lutte les parties susceptibles d'être encore utilisées. C'est un drainage permanent, supérieur à la saignée dépuratrice, puisqu'il purge l'organisme des toxines microbiennes au fur et à mesure de leur formation.

La faculté que possède l'organisme de créer, par l'hyperleucocytose, de nouveaux combattants pour

résister à l'infection, au cours même de la lutte, est un facteur important de son pouvoir défensif. Cette augmentation du nombre des leucocytes se produit normalement dans toute infection et son intensité est la mesure de la résistance du patient. Chantemesse a montré que cette phase d'augmentation est toujours précédée d'une hypoleucocytose marquée, due à ce que les globules blancs chargés de toxines sont immédiatement et en grand nombre dirigés vers les émonctoires. Si ces défenseurs blessés à mort ne sont remplacés par de nouvelles générations de leucocytes, c'est la défaite fatale de l'économie. Or l'un des premiers effets de l'injection térébenthinée, comme l'ont démontré les expériences de Bauer et de Nazarow, est la production d'une hyperleucocytose très marquée. Boissard et Beauvoisin ont noté, dans une de leurs observations, que le nombre des leucocytes s'était élevé, sous l'influence de l'injection d'essence de térébenthine, de 17.600 à 24.000 par millimètre cube. C'est à cette hyperleucocytose qu'il faut attribuer en partie les heureux effets de l'abcès de fixation. Selon l'expression du Professeur L. Spillmann « le mécanisme de son action thérapeutique s'explique par ce fait que les nombreux globules blancs néoformés débarrassent l'organisme des toxines microbiennes qui l'intoxiquent, en les fixant. »

L'essence de térébenthine injectée sous la peau n'agit pas uniquement in situ, par simple action de présence ; bien qu'elle se trouve mélangée au pus dans une forte proportion, au sein même du foyer de suppuration, une partie notable en est cependant résorbée.

Gonnet a reconnu son passage dans le sang quarante-huit heures après l'injection et a observé son élimination par les urines, auxquelles elle communique une odeur de violette caractéristique. Cet observateur a remarqué qu'il se produisait en même temps une amélioration très nette dans l'état général du malade et une défervescence rapide. L'action favorable de l'essence de térébenthine entraînée dans la circulation constitue donc l'un des éléments curateurs de l'abcès de fixation. Cette influence heureuse s'explique par les propriétés bactéricides puissantes de ce corps, mises en relief par Chamberland et confirmées par les travaux de Breman, de Werder, de Fochier et de Fabre. Trillat et Fabre ont établi, par des expériences décisives, son pouvoir antiseptique vis-à-vis de nombreux microorganismes et du streptocoque en particulier. Fabre emploie systématiquement dans les formes graves d'infection puerpérale les injections de sérum térébenthiné, procédé dont il retire d'excellents résultats.

La résultante des effets divers, produits au sein de l'organisme par l'injection sous cutanée d'essence de térébenthine, se traduit par une détente rapide des phénomènes morbides. Cette amélioration frappante de l'état général se manifeste la première, bien avant qu'il se soit produit une modification des manifestations locales de l'infection. Nous avons pu l'observer chez les deux malades qui font l'objet de nos observations III et XII.

Daireaux, qui a employé systématiquement la méthode de Fochier, en janvier et février 1906, au cours

d'une épidémie de grippe caractérisée par la fréquence des localisations broncho-pulmonaires, a assisté, dans la plupart des cas, « à une sorte de crise salutaire qui présente beaucoup d'analogie avec celle qui accompagne la défervescence de la pneumonie. » Il a noté constamment de la polyurie, et il remarque que la médication agit sur les manifestations toxi-infectieuses bien avant d'influencer les symptômes de foyer.

Enfin, dans les cas d'infections hypertoxiques, caractérisées par une adynamie profonde, il semble que la douleur provoquée par le développement de l'abcès, douleur souvent très vive, exerce une action stimulante sur le système nerveux. S'il est des cas où l'on est autorisé à la calmer, il en est aussi où l'on doit la respecter parce qu'en provoquant chez le malade des réactions salutaires, elle constitue un élément appréciable de succès.

L'action thérapeutique des abcès de fixation résulte donc d'un véritable complexus : hyperleucocytose, création d'un foyer d'appel pour les globules blancs et d'un émonctoire déversant directement au dehors toxines et microbes, stimulation des centres nerveux par la douleur, pouvoir analeptique intense de l'essence de térébenthine sur l'organisme malade.

CHAPITRE III

TECHNIQUE ET ÉVOLUTION DES ABCÈS DE FIXATION

La stérilité des abcès de fixation impose certaines précautions dans leur préparation et leur pansement.

Les téguments de la région où l'on veut en créer doivent être aseptisés; le badigeonnage à la teinture d'iode, d'une exécution rapide et facile, offre des garanties suffisantes. Il faut stériliser la seringue avec le même soin que s'il s'agissait de toute autre injection médicamenteuse.

Les opinions sont assez partagées sur la nécessité de stériliser l'essence de térébenthine par l'ébullition ou de se servir de celle du commerce, telle que la livrent les droguistes. Fochier indique, dans l'exposé de sa méthode, « qu'il serait bon de provoquer ces abcès avec de l'essence soigneusement stérilisée ». Mais lui-même ne les pratiquait qu'avec de la térébenthine

ordinaire, et la plupart des thérapeutes suivent son exemple. D'après nos observations personnelles, cette façon de procéder ne présente aucun inconvénient. L'essence de térébenthine jouit de propriétés bactéricides assez énergiques pour être complètement stérile, et l'ébullition n'est d'ailleurs pas sans lui faire subir certaines modifications. Ball a observé que si l'on opère avec de l'essence préalablement bouillie, on obtient des abcès beaucoup moins gros, très limités, parfois même avortés, tandis que l'essence de térébenthine du commerce, épaisse et très oxygénée, donne, au contraire, des abcès volumineux renfermant beaucoup de pus, et produit même parfois des effets nécrobiotiques intenses. Il ne paraît donc pas y avoir d'avantage à procéder à l'ébullition de la térébenthine ; il suffit de s'adresser à un produit aussi pur que possible et n'ayant pas subi une oxydation trop prononcée.

L'asepsie la plus rigoureuse doit présider à l'ouverture de l'abcès et aux pansements consécutifs. Après l'écoulement du pus et de la térébenthine résiduelle, l'abcès constitue une cavité anfractueuse, bordée de tissus dont la vitalité est fortement compromise, toutes conditions propices au développement de microbes éventuels. L'abcès de fixation peut donc facilement devenir infectant au lieu d'être curateur, si l'opérateur néglige les précautions nécessaires; il doit être traité aseptiquement, antiseptiquement même, au besoin, jusqu'à cicatrisation complète.

L'essence de térébenthine n'est pas la seule substance qui ait été employée pour créer des abcès artificiels: ceux-ci furent d'abord pratiqués à l'aide de solutions

acides de sulfate de quinine et c'est à ces solutions que Fochier s'adressa au début. Dans une de ses publications, il relate les observations du docteur Aribaud, de Condrieu, qui obtint grâce à ces abcès quiniques d'excellents résultats au cours d'une grave épidémie. Bien avant Fochier, et dès 1888, le docteur Thierry (de Rouen) employait déjà ce moyen pour obtenir des abcès au cours d'infections graves. Les solutions de quinine n'ont pas une action pyogène constante et ne donnent qu'une faible quantité de pus; elles sont donc bien inférieures à l'essence de térébenthine.

Le nitrate d'argent, utilisé par Fochier en solution au cinquième, mérite les mêmes reproches; il ne fournit qu'un pus peu abondant, qui se forme assez lentement. Beaucoup d'autres substances pyogènes ont été essayées; quelques-unes ne sont pas sans danger, telles, par exemple, l'acide lactique, l'acide sulfurique dilué, l'huile de Croton tiglium et, en particulier, les toxines streptococciques, staphylococciques et la cadavérine.

La térébenthine reste donc l'agent pyogène de choix, d'action rapide et constante, dépourvue de toxicité et ne présentant aucun danger.

Pour en obtenir l'effet attendu, il est cependant indispensable d'observer quelques principes édictés par Fochier lui-même et dont l'oubli exposerait à un échec. La dose d'essence de térébenthine doit être proportionnée à l'âge du malade, elle ne peut être la même pour l'enfant que pour l'adulte, et elle doit varier avec la gravité de l'infection. L'injection doit, d'autre part, être répétée tant que les symptômes toxi-infectieux n'ont pas complètement cédé.

De l'avis de tous les expérimentateurs, une dose de 1 cc. suffit pour une première injection chez un adulte. A ce taux, l'essence de térébenthine provoque un abcès contenant assez de pus pour produire une action thérapeutique énergique dans la plupart des pyrexies. Mais si le malade n'a pas réagi à une première injection, ou si la réaction est inférieure au résultat désiré, il ne faut pas hésiter à en pousser une seconde et, au besoin, à la faire suivre de plusieurs autres. Suivant le précepte de Fochier, « il faudra provoquer plusieurs abcès à la fois, si l'infection s'annonce menaçante à brève échéance ». La technique préconisée par Carles, qui consiste à répéter de douze en douze heures les injections d'essence de térébenthine jusqu'à obtention de l'effet attendu, est certainement la meilleure.

Vincent a relaté un cas désespéré de septicémie puerpérale où il alla d'emblée jusqu'à trente piqûres et sauva la malade. En dehors de circonstances tout à fait exceptionnelles, il est préférable de ne pas recourir à cette méthode, qui expose le patient à des délabrements considérables. La tendance générale paraît cependant être de pécher par défaut plutôt que par excès, et il semble que bien souvent les insuccès ne tiennent qu'à une trop grande réserve.

Chez l'enfant, qui réagit très énergiquement et dont les tissus délicats et friables offrent une sensibilité excessive à l'action de la térébenthine, une technique toute particulière s'impose si l'on ne veut pas s'exposer à des désastres. Montagnon a noté cette susceptibilité des enfants et a montré, d'autre part, qu'à doses mo-

dérées l'essence de térébenthine produisait chez eux les mêmes réactions bienfaisantes que chez l'adulte. Les vingt-six observations concernant des enfants de moins de cinq ans traités et guéris par la méthode de Fochier, qu'il a publiées, confirment cette opinion.

Mlle Campana et Codet-Boisse ont donné dans la Gazette hebdomadaire des hôpitaux la relation de cinq essais malheureux chez de jeunes enfants. Deux de ces petits malades présentèrent des accidents graves ; l'un présenta, trois quarts d'heure après l'injection, un œdème blanc considérable qui s'étendit bientôt jusqu'à la face ; l'autre fut envahi par une éruption généralisée, de vastes décollements se produisirent autour du foyer de l'abcès, et ils se compliquèrent d'une grangrène fétide avec sphacèle étendu des téguments, laissant les muscles à découvert au fond d'une plaie noirâtre. En nous reportant à ces observations, nous avons constaté que, dans ces deux cas, il avait été injecté un demi-centimètre cube d'essence de térébenthine, au lieu d'un quart de centimètre cube comme chez les trois autres petits malades.

Cette dose de 0 cc. 25 paraît donc être le maximum à injecter en une seule fois chez l'enfant. Carles pense même que quelques gouttes d'essence suffisent. Il conseille de ne se servir que d'essence fraîche et mélangée à de l'huile stérilisée pour la rendre moins irritante. Nous avons montré que l'ébullition atténuait encore ses propriétés. Il faut toujours recourir à ces procédés d'atténuation lorsqu'on emploie la méthode de Fochier en thérapeutique infantile ; la technique de choix consiste à injecter un centimètre cube d'un

mélange d'une partie d'essence de térébenthine purifiée et bouillie à trois parties d'huile lavée et stérilisée.

Quel que soit l'âge du malade, il est essentiel de faire l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané et d'éviter que l'essence de térébenthine ne soit introduite dans le derme ou sous les aponévroses. L'injection intra-dermique expose à un phlegmon, qui peut se compliquer de sphacèle étendu de la peau avec toutes les conséquences fâcheuses qui peuvent en résulter au point de vue de la cicatrisation. Lorsque l'essence de térébenthine pénètre au-dessous des gaînes aponévrotiques, elle peut occasionner des impotences musculaires définitives, par destruction du tissu contractile, ou déterminer l'apparition de fusées purulentes dans des régions que n'avait pas prévu l'opérateur. Il est donc préférable de ne pas suivre la technique indiquée par Morsty, de Constantine, qui pousse l'injection en pleine masse musculaire.

Lathuraz, de Lyon, conseille de pratiquer, à l'aide d'un couteau de Paquelin porté au rouge sombre, une section circulaire profonde des téguments et d'y introduire quelques gouttes de térébenthine. Ce procédé, qui apporte une complication inutile et douloureuse à la technique de Fochier, se rapproche beaucoup plus du cautère que de l'abcès de fixation, et doit être rejeté.

Si le panicule adipeux sous-cutané est anormalement développé, il y a intérêt, d'après nos observations, à ne point pousser l'injection au milieu des lobules graisseux. Le tissu adipeux, faiblement vascularisé, est peu favorable aux réactions vives et rapides.

Chez la malade de notre observation IV, qui succomba malgré les tentatives répétées de création d'abcès artificiels, l'injection térébenthinée avait été poussée en plein tissu graisseux et n'avait produit aucun effet utile. L'examen microscopique des tissus, prélevés à l'autopsie au niveau de l'injection, nous a montré une prédominance des phénomènes nécrobiotiques, avec extravasation considérable de leucocytes autour des rares vaisseaux sanguins. Il semble donc que l'échec est dû, ici, bien plus à l'insuffisance de vascularisation des tissus qu'au défaut de réaction. Fochier avait déjà remarqué que « lorsque l'injection a été poussée sous une couche épaisse de tissu adipeux, la tuméfaction peut rester masquée pendant plusieurs jours ». Malgré les inconvénients que peuvent présenter les injections intra-musculaires, il ne faut cependant pas hésiter à les employer chez les obèses, lorsqu'une réaction rapide et intense est nécessaire.

Plusieurs régions paraissent convenir à la création des abcès de fixation. L'inventeur de cette méthode thérapeutique conseille de les pratiquer de préférence « dans des points où ils puissent avoir ce qu'on connaît sous le nom d'action révulsive en même temps que l'action fixatrice ». Il indique ailleurs comme points d'élection la région deltoïdienne et l'hypogastre à égale distance de l'épine iliaque et des fausses côtes. Genest, Durot, Genairon estiment que la partie externe de la cuisse est particulièrement favorable ; d'autres font l'injection dans la fesse ou sur les masses lombaires ; il semble que cette dernière pratique soit à

rejeter, car elle rend le décubitus dorsal très pénible ou même impossible.

De l'avis de nombreux observateurs et d'après nos constatations personnelles, les régions les plus favorables sont par ordre de commodité décroissante, les flancs, les hypocondres, la face antéro-externe de la cuisse dans son tiers supérieur et la région deltoïdienne. Fochier indique le flanc comme le point où l'injection est la moins douloureuse; c'est, d'autre part, dans cette région que l'abcès gêne le moins les mouvements du malade.

Il est une autre considération qui doit déterminer le thérapeute à injecter l'essence de térébenthine dans le tissu cellulaire sous cutané de la région abdominale, toutes les fois où il n'existe aucune contre-indication, c'est que les téguments de cette région sont très extensibles, facilement décolables, et que les abcès peuvent s'y développer plus facilement qu'en tout autre point et fournir une quantité de pus bien plus considérable.

Lorsque l'injection est pratiquée à l'hypogastre, il est utile de la faire le plus près possible de la ligne axillaire, afin d'éviter la section, lors de l'ouverture de l'abcès, de l'artère sous cutanée abdominale qui se dirige obliquement de la partie moyenne de l'arcade crurale vers l'ombilic. Cette section peut déterminer une hémorragie assez abondante, comme le fait s'est produit chez le malade de notre observation XII, dont l'artère dut être ligaturée.

L'ouverture de l'abcès se produit parfois spontanément, surtout si un peu d'essence de térébenthine s'est infiltrée dans le trajet de l'aiguille pendant que l'opé-

rateur la retire et Fochier indique même ce moyen pour fournir au pus une issue naturelle. Il est cependant nécessaire le plus souvent d'intervenir pour vider l'abcès et l'on ne doit pas craindre de faire alors une longue incision, qui permette à l'abcès de se déterger facilement: on obtient ainsi une cicatrisation beaucoup plus rapide. La ponction, même avec des trocarts de fort calibre, est à rejeter, elle est impuissante à évacuer le pus de ces abcès, qui est, le plus souvent, épais et grumeleux.

Il n'est pas indifférent d'ouvrir l'abcès à n'importe quelle période de son évolution. Une incision précoce, qui donne issue à la térébenthine, en fait avorter l'évolution et beaucoup de malades sont privés, par une intervention intempestive, des avantages de cette médication, si efficace entre des mains exercées. L'abcès doit être ouvert le plus tard possible, et seulement lorsque la fluctuation est très nettement perceptible; ce qui, en général, ne se produit guère avant le cinquième jour. On ne perd rien à attendre : ces abcès n'ont aucune tendance à la résorption et sont parfois assez lents à se former.

Il est nécessaire de laisser évoluer un abcès aussi longtemps que la fièvre persiste ; si l'on procède à l'incision avant que la défervescence ne se soit produite, il faut créer un nouvel abcès de fixation avant de vider le premier. « C'est là, a dit Fochier, une condition de fixation permanente ou plutôt continue, qui me paraît essentielle au succès de la méthode, dans les cas très graves ».

L'évolution des abcès de fixation s'accompagne comme celle des abcès spontanés de symptômes généraux et de phénomènes locaux. Le premier de ces symptômes est la douleur. Habituellement supportable, elle nécessite parfois, par son intensité, l'administration des anesthésiques et même de la morphine. Lemoine prétend que la méthode de Fochier est horriblement douloureuse. D'après nos observations personnelles, il semble, au contraire, que les douleurs soient assez supportables.

Quelques auteurs prétendent que la pyogénèse artificielle s'accompagne d'hyperthermie. Il est pourtant certain que la chute de la température accompagne constamment l'évolution de l'abcès et que la défervescence en est même un des premiers effets.

Localement, on constate habituellement, dès les premières heures, une rougeur diffuse qui s'accentue peu à peu, et une tuméfaction qui peut atteindre la grosseur du poing ou celle d'une tête de fœtus. Sur le malade qui fait l'objet de notre observation II, nous avons noté, comme Carles l'avait déjà observé chez d'autres malades, deux vastes placards rougeâtres avec induration du derme, qui ont apparu huit heures environ après les injections pratiquées dans les flancs. Dans quelques cas, il n'y a que peu de rougeur, absence presque complète de symptômes locaux, et cependant une vaste collection s'est formée. L'un de nos malades (observation XII) chez qui nous avions créé deux abcès, l'un au flanc, l'autre à la cuisse, présentait des phénomènes inflammatoires très nets à l'abdomen, tandis que l'on percevait à peine les signes de réaction

au niveau de la seconde injection. Cette absence de symptômes réactionnels apparents s'observe dans les cas où la térébenthine a été poussée sous une aponévrose résistante ou sous une couche épaisse de tissu adipeux.

L'abcès de fixation procède par décollements et destruction du tissu cellulaire. Les décollements sont d'autant plus étendus que les aréoles du tissu conjonctif sont plus lâches ; c'est pour cela que les abcès formés sous la peau de l'abdomen sont beaucoup plus développés qu'en tout autre endroit, et que cette région est celle qui convient le mieux à la fixation.

Au point de vue des caractères évolutifs de ces abcès, Fochier distingue une forme anthracoïde et une forme résidueuse. La première est caractérisée par l'apparition sous l'épiderme de pustules en communication avec la collection profonde et dont l'éclatement donne issue à un pus mal lié, renfermant des débris de tissus sphacélés. La seconde se distingue par l'absence de l'ouverture spontanée ; le pus arrive, à la longue, à s'y concréter en une masse dure, semblable à du mastic de vitrier.

Quelques auteurs ont avancé que l'abcès de fixation se cicatrisait lentement. L'observation clinique montre, au contraire, que si l'incision en est faite largement et en temps opportun, il guérit avec une rapidité surprenante.

* * *

Nous étudierons plus loin les caractères microscopiques du pus. D'après les descriptions qu'en donnent

les différents observateurs, son aspect macroscopique est très variable. Les uns parlent d'un pus louable, jaunâtre, crèmeux ; les autres d'un pus grumeleux, mal lié, semblable à celui des abcès froids. Nos observations personnelles nous ont montré que ces divers aspects dépendent, en grande partie, de l'époque où l'abcès est ouvert. Si l'incision est pratiquée de façon précoce, les éléments cellulaires et conjonctifs n'ont pas eu le temps de subir l'action des ferments protéolytiques développés par les leucocytes dans le foyer de suppuration ; le pus est grumuleux, formé d'une partie séreuse dans laquelle nagent des débris de tissu cellulaire mortifié, de graisse, des globules blancs et de nombreuses hématies. Sous l'action liquéfiante des diastases cellulaires, ces grumeaux disparaissent et le pus prend un aspect homogène, bien lié, analogue à celui des suppurations chaudes. Il est souvent franchement brun, lorsque des ruptures vasculaires ont permis l'épanchement de sang dans l'abcès. Si l'évacuation de l'abcès est tardive, l'opérateur se trouve en présence d'une masse de consistance pâteuse, parfois très ferme.

Dans certains cas, enfin, une infection secondaire vient modifier les caractères habituels de ces suppurations et lui donne un aspect caractéristique de l'agent infectant (staphylococcus pyogènes, aureus ; bacille pyocyanique, etc...).

CHAPITRE IV

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE L'ABCÈS DE FIXATION

Abcès pronostic, Abcès diagnostic

La méthode de Fochier serait, s'il faut en croire certains auteurs, assez douloureuse pour n'être applicable qu'aux cas très graves : telle est l'opinion de Lemoine (du Val-de-Grâce). Sans doute, il en peut être ainsi chez les sujets particulièrement nerveux; mais, chez les malades que nous avons observés, la douleur a toujours été tolérable. Il ne semble pas qu'elle puisse constituer un obstacle à la provocation d'abcès de fixation ; elle peut même, comme nous l'avons montré plus haut, jouer un rôle utile comme stimulant du système nerveux dans les cas d'adynamie profonde. Il est d'ailleurs facile de la calmer, si son intensité devient trop grande, par l'emploi combiné de cataplasmes laudanisés et d'analgésiques.

Les délabrements étendus, le sphacèle de la peau, déterminés parfois par l'injection d'essence de térébenthine, peuvent toujours être évités en suivant une technique correcte, et en précisant exactement les indications de ce traitement. Ces décollements, même lorsqu'ils sont étendus, se réparent, d'ailleurs, avec une rapidité étonnante, bien différente de la cicatrisation pénible des lésions résultant de suppurations microbiennes. Dès l'évacuation du foyer purulent, la réparation s'amorce et elle progresse aussi vite que s'il s'agissait d'une simple plaie aseptique.

Un obstacle plus sérieux, quoique d'un autre ordre, à l'application de la méthode de Fochier, est la difficulté qu'éprouve bien souvent le médecin à faire accepter au malade cette médication. Sans doute, beaucoup de personnes sont encore imbues de cette idée qu'il faut « évacuer les humeurs » ; la médecine humorale est restée, en particulier, celle des gens du peuple et l'on surprend parfois dans leur bouche des raisonnements assez analogues à ceux que pouvaient tenir Sylvius et Willis au nom de la science ; mais, dans des milieux plus relevés, la pyogénèse artificielle sera parfois d'une application beaucoup plus difficile. L'inventeur de la méthode l'avait sans doute remarqué, puisqu'il nous avoue qu'il employa « d'abord une solution de sulfate de quinine intentionnellement acidifiée au-delà des limites nécessaires à la solution complète... pour faire accepter les injections ». Ce ne sont pas là cependant des difficultés insurmontables ; elles peuvent être facilement éloignées, en exposant au patient et à son entourage la bénignité et l'efficacité de

la médication térébenthinée : une expérience déjà longue a confirmé l'innocuité absolue de la pyogénèse artificielle, déjà affirmée par Fochier.

Un des plus grands mérites de cette méthode, c'est qu'elle s'adresse aux cas graves, et qu'elle peut exercer une action efficace, lorsque tous les remèdes habituels ont été épuisés et se sont montrés impuissants. Dans les septicémies puerpérales graves où le curettage et les injections antiseptiques sont restés sans résultats, l'abcès de fixation opère parfois des merveilles, comme le prouve, entre autres faits, l'observation rapportée par Vincent d'une malade qui, à la suite d'un toucher pratiqué avec de la pommade de parfumeur, présenta des accidents pyohémiques de la plus haute gravité et ne dut son salut qu'à l'application intensive de la méthode de Fochier.

L'évolution des abcès artificiels permet de porter un pronostic d'une précision assez grande. L'absence de réaction indique une issue fatale ; la rapidité et l'intensité des phénomènes phlegmasiques sont, au contraire, un excellent signe de guérison. Déjà signalé par Fochier, ce fait a été relevé à nouveau par Mérieux, Arnozan, Carles, Lemoine et bien d'autres ; il s'explique facilement si l'on se souvient que cette méthode se fonde sur la résistance de l'organisme, qui a pour substratum la fonction phagocytaire. La phagocytose se traduit par la réaction inflammatoire provoquée par l'injection d'essence de térébenthine et dont l'intensité donne la mesure du degré de résistance du malade. Encore active et victorieuse lorsque l'abcès se forme et devient volumineux, cette résistance est définitive-

ment brisée lorsque l'injection reste sans effet. Les travaux du professeur L. Spillmann montrent, d'ailleurs, qu'une infection au cours de laquelle l'hyperleucocytose est précoce et persistante, a généralement une terminaison favorable ; tandis que l'hypoleucocytose est au contraire du pronostic le plus sombre. Lorsque l'abcès évolue, « c'est qu'il existe en circulation de nombreux globules transporteurs, et une quantité plus considérable de poisons se trouve éliminée, l'organisme se défend d'autant mieux contre la toxi-infection ». L'absence de toute réaction indique que la vitalité du leucocyte est profondément atteinte et que l'organisme désarmé va succomber à la maladie.

Il faut cependant reconnaître que la valeur pronostique n'est pas absolue ; et notre observation II en est un exemple. Le malade qui en fait l'objet reçoit dans les flancs deux injections d'essence de térébenthine, et ces injections déterminent, dès les premières heures, une réaction très vive, ainsi qu'en témoigne l'apparition au point d'injection de deux placards rouges étendus, d'aspect phlegmoneux, semblables aux manifestations réactionnelles considérées par Montagnon comme un indice des plus favorables. Ce malade succombe cependant alors que l'abcès est en pleine évolution.

Il convient donc de garder une certaine réserve dans nos prévisions ; une affirmation trop catégorique pourrait être démentie par les événements. Mais il est exceptionnel qu'une terminaison fatale survienne à la suite d'une réaction positive. Elle ne se produit alors,

que lorsqu'il s'agit d'une infection ultra septique, où la virulence de l'agent pathogène arrive à surpasser la défense organique, ou lorsque le myocarde a subi des altérations si profondes que la guérison ne peut se produire malgré les progrès de la fixation.

L'abcès térébenthiné peut aussi être un élément de diagnostic important, puisque les manifestations de la tuberculose, ainsi que l'a montré Fochier, ne sont pas influencées par cette thérapeutique. Les recherches de Carles et d'Arnozan ont confirmé ce fait et, d'après Montagnon, lorsque la température ne baisse pas dans les deux jours qui suivent la formation de l'abcès, il y a lieu de penser à une affection tuberculeuse. Ces données, dans les cas où le diagnostic reste hésitant entre une fièvre typhoïde et une méningite bacillaire à forme typhoïdique, permettent d'éliminer l'une ou l'autre hypothèse. En l'absence d'autres éléments d'appréciation, la marche de la température peut, il est vrai, fournir, chez l'adulte, une indication suffisante ; mais, chez l'enfant, les tracés thermiques de ces deux maladies peuvent se ressembler, s'identifier même, d'après Cadet de Gassicourt ; l'abcès de fixation tranche alors le débat, en même temps qu'il apporte, dans le cas d'infection éberthienne, une contribution utile au traitement.

Lathuraz, de Lyon, qui a étudié cette question d'une façon toute particulière, estime que certaines formes de tuberculose pulmonaire sont susceptibles d'être améliorées par cette médication. Pour lui, la granulie évoluant à la façon d'une maladie infectieuse généralisée et la phymatose des neuro-arthritiques en se-

raient également justiciables, et cet auteur apporte à l'appui de cette thèse trois observations des plus démonstratives.

Il n'est pas de loi invariable en clinique et, si l'abcès de fixation peut, daus une certaine mesure, servir à fixer le pronostic, ses indications au point de vue du diagnostic doivent être, le plus souvent, contrôlées par des méthodes plus précises.

CHAPITRE V

Contre-Indications et Indications Pyrexies justiciables de la méthode de Fochier

L'épreuve du temps a permis de fixer les conditions nécessaires à l'emploi de la pyogénèse artificielle. Les contre-indications ont paru d'abord nombreuses tant que des règles précises n'ont pas été établies pour chaque cas particulier et que la même technique fut appliquée aux enfants et aux adultes. A mesure que se multiplièrent les observations, le champ des applications de cette méthode s'élargit ; et, à l'heure actuelle, sauf quelques rares exceptions, il n'est guère de pyrexie grave qui ne soit susceptible de retirer d'heureux résultats de la création d'abcès de fixation.

Les essais malheureux de Codet Boisse et de Mlle Campana, ceux de Pic et de Bonamour, déterminèrent d'abord les auteurs à les proscrire de la thé-

rapeutique infantile. Mais peu de temps après ces échecs, Montagnon les employa avec succès dans les broncho-pneumonies de la première enfance, et montra que si l'on réduisait les doses d'essence de térébenthine, on n'avait à redouter aucun accident. Actuellement, les résultats obtenus par l'application de la méthode de Fochier au traitement des pyrexies sont aussi favorables chez l'enfant que chez l'adulte.

L'âge avancé des malades ne constitue pas, comme on serait porté à le croire, une contre-indication. Bien au contraire, c'est chez les vieillards surtout que cette médication est susceptible de rendre les plus signalés services ; car elle stimule leurs réactions de défense et supplée à l'insuffisance de la dépuration par des organes excréteurs plus ou moins sclérosés et frappés de déchéance.

Les seuls obstacles sérieux à la création d'abcès de fixation tiennent à certaines maladies chroniques qui, en altérant profondément la nutrition, vicient les réactions organiques. Parmi ces affections, le diabète vient en première ligne ; il constitue une contre-indication absolue. Les suppurations, les moindres interventions chirurgicales revêtent chez les diabétiques une gravité toute particulière ; l'injection d'essence de térébenthine serait capable de provoquer chez eux un phlegmon diffus ou une gangrène étendue, difficilement curables.

Les avis sont très partagés sur l'opportunité de l'emploi des abcès de fixation chez les brightiques. Tandis que Lemoine et plusieurs autres observateurs affirment que l'albuminurie n'est pas augmentée par les

injections térébenthinées, la plupart des thérapeutes estiment qu'il est sage, lorsqu'il existe de l'œdème, de s'abstenir de cette pratique. L'infiltration du tissu cellulaire apporte, en effet, des modifications profondes à la nutrition et diminue la résistance de ces tissus œdématiés. Il y a lieu de craindre alors une extension anormale et exagérée de l'abcès sous forme de phlegmon, qui peut amener des délabrements considérables.

L'opinion unanime est qu'il faut rayer la tuberculose du nombre des maladies susceptibles d'être traitées par la méthode de Fochier. Il y a lieu, cependant, d'apporter à cette règle quelques restrictions, qui s'appliquent à certaines formes de phymatose à évolution aiguë, analogues aux infections banales, qui peuvent être améliorées, sinon définitivement guéries, par les abcès de fixation.

Cette médication, réellement héroïque, ne doit pas être employée sans discernement. Les infections d'intensité moyenne, curables par les moyens habituels, ne sont pas de son domaine; elle ne s'adresse qu'aux formes sévères où l'agent pathogène circule librement dans le sang, aux septicémies et pyohémies.

En somme, il y a indication à créer des abcès artificiels toutes les fois qu'une pyrexie prend un caractère de haute gravité, qu'elle résiste à toute autre médication.

Il est difficile de préciser d'une façon générale le moment où il convient d'intervenir. Il importe surtout de ne pas attendre trop longtemps, puisque cette méthode est basée sur des réactions organiques qui

disparaissent à la période préagonique : les abcès de fixation ne sont pas un remède pour moribonds. Théoriquement le moment le plus favorable pour agir est celui où la leucocytose commence à fléchir ; mais cet instant est difficile à apprécier par les moyens cliniques. Selon Boissard, il faut recourir sans hésiter à la méthode de Fochier lorsque la situation devient critique, lorsque le pouls devient rapide, mal frappé, que la température est aux environs 40° et que l'état général paraît précaire.

*
* *

C'est aux infections puérpérales que Fochier appliqua tout d'abord sa méthode ; la pyogénèse artificielle y trouve ses plus fréquentes applications et ses plus beaux succès. Lorsque le chirurgien a procédé au curettage de l'utérus et à l'injection intra-utérine, il a épuisé tous ses moyens et se trouve à peu près impuissant contre l'envahissement de l'organisme par l'infection, qui se caractérise essentiellement par de grands frissons, des oscillations thermiques de grande amplitude, l'accélération du pouls, toutes manifestations qui imposent un pronostic sévère. C'est alors le moment de pratiquer des abcès de fixation. Si la réaction se produit et si une suppuration abondante vient se collecter au niveau de l'injection d'essence de térébenthine, qu'il est souvent utile de répéter plusieurs fois, les phénomènes infectieux cèdent rapidement, la fièvre tombe, les lochies purulentes se tarissent et la malade renaît à la vie.

L'un des éléments de succès réside dans l'action bactéricide, en quelque sorte spécifique, que possède

l'essence de térébenthine vis-à-vis du streptocoque et du staphylocoque, propriété utilisée par Fabre, de Lyon, qui emploie avec un plein succès le sérum térébenthiné dans les formes graves d'infection puérpérale.

C'est cette action qui explique l'efficacité de l'injection d'essence de térébenthine dans les septicémies streptococciques et staphylococciques. Pic, qui a étudié son action dans l'érysipèle, a noté qu'à mesure que se développait l'abcès, l'on voyait la fièvre tomber. Il en conclut que « lorsque l'état général est grave, lorsque cliniquement l'existence d'une septicémie streptococcique est évidente, l'abcès de fixation peut avoir un résultat héroïque ». Quelques auteurs recommandent de pousser l'injection à la limite même du bourrelet érysipélateux et affirment que l'on arrive ainsi beaucoup plus vite à en limiter l'extension.

Il semble que l'ostéomyélite pourrait parfois être traitée avec succès par les abcès de fixation. A la période de début, purement inflammatoire, lorsque les processus nécrotiques n'ont pas encore eu le temps d'évoluer, cette infection staphylococcique serait peut-être enrayée et l'on éviterait ainsi au malade de longs et pénibles traitements et des mutilations susceptibles d'entraîner des infirmités irrémédiables.

Dans les pyrexies déterminées par une affection pulmonaire, la méthode de Fochier a enregistré d'innombrables guérisons. Lépine, Dieulafoy, Bard, Gingeot, Arnozan et Carles, pour ne citer que les plus connus, ont constamment obtenu d'heureux résultats de l'emploi des abcès de fixation dans la pneumonie. Spillmann, Chantemesse et Marie, Rendu ont, il est vrai,

relaté quelques insuccès, mais Rendu avoue qu'il y eut recours dans des circonstances absolument désespérées. Sous l'influence de cette médication, on a vu régresser des lésions d'hépatisation grise, comme nous l'avons observé nous-même de la façon la plus nette (observation V). Mais il serait téméraire d'attendre que la maladie en soit arrivée à un stade aussi avancé de son évolution pour pratiquer l'injection d'essence de térébenthine.

L'évolution de la broncho-pneumonie est favorablement influencée par les abcès de fixation, et leurs heureux effets sur l'état général se font sentir avant même que les symptômes locaux aient été modifiés. En déterminant un afflux de pneumocoques et de toxines pneumococciques vers le foyer de l'injection, ces abcès font disparaître les phénomènes infectieux et s'opposent à la formation de nouvelles localisations. Les résultats qu'on en obtient chez les enfants et les vieillards, chez tous les sujets dont l'organisme est déjà affaibli par une affection antérieure, sont véritablement surprenants. Tandis que Cellarier, Montagnon, Lançon ont noté leur action des plus favorables au cours des broncho-pneumonies infantiles, Lemoine, Arnozan, Pic et Bonamour s'accordent à constater leurs heureux effets dans la broncho-pneumonie de l'adulte. Daireaux, qui a eu recours à la méthode de Fochier dans des cas graves, étendus et diffus, à forme de catarrhe suffocant avec état infectieux intense, délire ataxo-adynamique, en a obtenu des cures inespérées.

Quelques observations paraissent établir que des pleurésies purulentes rebelles à toute autre médication

peuvent rétrocéder sous l'influence de la pyogénèse artificielle.

La grippe, maladie essentiellement protéiforme, en est justiciable, quel que soit l'aspect clinique sous lequel elle évolue, ainsi que l'établissent de belles observations de Dieulafoy, Lemoine et Daireaux, et une observation que nous devons à M. le Professeur Pâris. Il s'agissait, dans ce cas, d'une malade qui, alitée depuis longtemps et déjà cachectique, vit à la suite d'un seul abcès tous les symptômes morbides rétrocéder ; l'appétit lui revint et sa santé se trouva rapidement rétablie.

Certains pseudo-rhumatismes infectieux peuvent trouver dans la méthode de Fochier un remède efficace et Revilliod, en 1892, en a traité par ce procédé quelques cas avec un plein succès.

Au cours de la fièvre typhoïde, pyrexie qui se juge bien souvent par une suppuration localisée, la pyogénèse artificielle, ainsi que l'ont remarqué Carles et Bacqué, exerce une action favorable.

Les résultats qu'elle donne dans la méningite cérébro-spinale et la plupart des méningites aiguës ne sont pas constants.

La paralysie infantile et les infections générales qui tendent à se localiser sur le névraxe, nous semblent pouvoir être enrayées, dans bien des cas, par l'injection précoce d'essence de térébenthine.

Parmi les fièvres éruptives, signalons, au nombre de celles qui peuvent en être heureusement influencées, la variole, la scarlatine et le typhus exanthématique. Costes a étudié, dans sa thèse de doctorat, sou-

tenue à Montpellier en 1905, le traitement des varioles graves par les abcès de fixation ; et nous rapportons plus loin l'observation d'un cas de scarlatine maligne au cours de laquelle on obtint un résultat inespéré par une seule injection de térébenthine. Morsty, de Constantine, a montré d'autre part, par des expériences décisives, que la méthode de Fochier était la médication de choix à opposer au typhus exanthématique.

Il nous faut ajouter, pour être complet, et bien que cette question n'entre pas dans notre sujet, que, dans les intoxications par les sels métalliques, la pyogénèse artificielle est un moyen curatif des plus efficaces bien étudié par Carles.

La conclusion qui s'impose est, en définitive, que toute pyrexie est justiciable de la méthode de Fochier, lorsque, par sa gravité, elle échappe à la thérapeutique habituelle. L'augmentation progressive des phénomènes toxi-infectieux, le mauvais état du terrain dû à l'alcoolisme, à la sénilité ou à des affections antérieures, sont des indications formelles à son emploi.

CHAPITRE VI

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES ET OBSERVATIONS CLINIQUES

1° Examen bactériologique du pus des abcès de fixation

Nous avons vérifié la stérilité du pus des abcès de Fochier, dans chacune de nos observations personnelles, au moyen de cultures et d'examens microscopiques. La plupart de nos investigations ne nous ont révélé la présence d'aucun microbe. Dans deux cas cependant, nous avons pu mettre en évidence un microcoque différent de l'agent de l'infection pour laquelle l'abcès artificiel avait été provoqué.

Pour éviter toute contamination étrangère, nous nous sommes conformés, au cours de nos recherches, aux règles de l'asepsie la plus rigoureuse. Avant l'incision de l'abcès, la peau du malade a été lavée a l'alcool et à la teinture d'iode; les tubes dont nous nous

sommes servis avaient été stérilisés à l'étuve; les prélèvements et ensemencements ont été faits directement de l'abcès au milieu de culture, et portés aussitôt à l'étuve. Nous rapportons, ci-après, le protocole d'une de ces expériences telle que nous l'avons établi au cours de nos manipulations.

Le pus provenait d'un malade atteint de pneumonie franche, chez lequel nous avions provoqué la formation de deux abcès de fixation. (Observation III.)

A. — *Prélèvement du pus.* — Mardi 2 décembre.

La peau lavée à l'alcool, puis passée à la teinture d'iode, l'abcès de fixation est ouvert le septième jour de son évolution au moyen d'un bistouri stérile; il s'en écoule un pus jaune, grumeleux, strié de sang, à forte odeur d'essence de térébenthine.

B. — *Mise en culture.*

On fait un prélèvement direct de pus dans deux tubes stérilisés pour servir à des examens ultérieurs.

Deux tubes de sérum solidifié sont ensemencés et portés à l'étuve à 37°.

C. — *Examen des cultures.* — Mercredi 3 décembre.

Les deux tubes de sérum ensemencés la veille sont extraits de l'étuve et examinés. Les cultures qui s'y sont développées se présentent sous l'aspect de petits amas arrondis de la grosseur d'une tête d'épingle de laiton et sont disposées en traînées de dix à douze colonies dans chaque tube. Les unes sont claires, transparentes; les autres légèrement opalines. Des préparations colorées au violet de gentiane montrent un microcoque disposé en petits amas ou grappes, prenant bien le

colorant. Traité par la méthode de Gram, le microbe reste coloré. Il s'agit donc d'une culture pure de staphylocoque.

Jeudi 4 décembre.

Nous pratiquons de nouveaux ensemencements sur bouillon; les tubes sont placés dans l'étuve à 37°.

Samedi 6 décembre.

Les tubes de bouillon sont restés limpides.

D. — *Discussion.*

Le staphylocoque qui s'est développé dans les premières cultures provenait-il du malade ? Nous ne le croyons pas, et cela pour deux raisons. La première, c'est que ce malade ne présentait aucun signe d'infection staphylococcique; la seconde, c'est que l'examen microscopique du pus ne nous a pas révélé le moindre microbe. Le pus des abcès de fixation, naturellement aseptique, est donc susceptible de s'infecter avec une grande facilité. Le seul intérêt de cette observation réside dans la démonstration de ce fait et de la nécessité d'une asepsie absolue dans le pansement des abcès de fixation.

2° Examen histologique du pus.

La composition du pus de l'abcès artificiel en éléments figurés dépend essentiellement du moment de l'évolution de l'abcès auquel il a été recueilli.

Dans les premiers jours de sa formation, le foyer pyogène renferme un pus grumeleux, formé de sérosité dans laquelle flottent des débris cellulaires faciles à identifier: fibres conjonctives, graisse, nombreux globules blancs. Si l'abcès est incisé plus tard, le pus est

devenu crêmeux, louable ; il ne contient que peu d'éléments reconnaissables. Sous l'action combinée de la térébenthine et des ferments leucocytaires mis en liberté dans le foyer de suppuration, il s'est produit une sorte de digestion des éléments figurés qui ont été liquéfiés. Les rares leucocytes qui ont résisté à la cytolyse sont difficiles à colorer.

Dans du pus recueilli le dixième jour après l'injection d'essence de térébenthine, l'examen microscopique nous a montré à côté de nombreux globules de petite taille, facilement colorés par l'acide osmique, qui sont des gouttelettes graisseuses, des particules plus volumineuses, réfringentes, non colorables par cet acide, qui nous ont semblé être des gouttes d'essence de térébenthine. Nous avons encore rencontré quelques fibres conjonctives, des filaments de fibrine et de nombreux débris cellulaires, constitués en majeure partie par des globules rouges, crénelés ou déformés, et des globules blancs de différentes variétés. Les lymphocytes sont en minorité; les grands mononucléaires ou macrophages sont plus abondants; les polynucléaires, parmi lesquels prédominent les éosinophiles, sont les plus nombreux. Certains globules blancs se colorent bien, un certain nombre présente des granulations graisseuses et se colore mal. Un examen minutieux ne nous a révélé aucun microbe, soit exo, soit endocellulaire.

La composition du pus des abcès de fixation se rapproche donc sensiblement de celle des suppurations chaudes; mais elle en diffère par l'absence complète de micro-organismes.

La numération des leucocytes de plusieurs préparations nous a permis d'établir le tableau suivant qui donne approximativement leurs proportions respectives.

NUMÉROS des examens	POLYNUCLÉAIRES		Mononucléaires	Lymphocytes
	Eosinop iles	Basophiles		
I	7	9	3	0
II	18	7	4	3
III	11	6	2	1
IV	12	7	2	0
V	10	8	1	2
VI	10	6	0	4
Moyennes	11.33	7.16	2	1.66

3° Examen du foyer de l'abcès

Nous avons pu examiner les tissus dans lesquels avait été pratiquée l'injection d'essence de térébenthine chez la malade de l'observation IV. L'injection qui avait été faite trop tardivement et dans un panicule adipeux épais n'avait exercé aucune action thérapeutique.

A la coupe, les tissus dégagent une forte odeur d'essence de térébenthine. Le trajet de la piqûre est marqué par une traînée de nécrose d'aspect noirâtre. A l'œil nu, la réaction inflammatoire n'est pas appréciable. A l'examen microscopique, l'épiderme conserve

son aspect normal ; le derme n'est pas modifié dans ses couches superficielles, mais dans la profondeur il présente des lésions de nécrose très nettes : ses éléments sont divisés, disposés en tourbillons. Le tissu cellulaire sous cutané montre ses vastes alvéoles les unes remplies de graisse, les autres bourrées de leucocytes. Il y a quelques foyers hémorrhagiques disséminés. Une coupe d'artère montre une vaso-dilatation intense et présente un véritable thrombus de globules blancs ; les gaînes de ce vaisseau sont dissociées par une infiltration leucocytaire abondante. Tout autour de cette artère, se sont formés des nodules inflammatoires, constitués par des amas de leucocytes pressés les uns contre les autres.

Ce sont là les phénomènes qui se produisent au cours des premières phases de la réaction. Celle-ci aurait vraisemblablement abouti à la formation d'un abcès, si la survie de la malade avait été assez prolongée et si la région avait été plus richement vascularisée.

4° Observations cliniques

Nous avons négligé les observations se rapportant à des malades chez qui nous avons tenté de provoquer des abcès de fixation et qui ont succombé quelques heures après l'injection d'essence de térébenthine. Parmi ces malades se trouvait une fillette de cinq ans et demi, atteinte de pneumonie avec septicémie pneumococcique et localisations méningées, à qui nous avons fait deux injections d'essence de térébenthine.

Après la mort de l'enfant, survenue douze heures plus tard, l'examen de la région où avaient été pratiquées les piqûres, ne montra pas trace de réaction.

OBSERVATION I

Asile de Maréville. — Service d'admission

Observation due à M. le Professeur Paris

Grippe

Réaction. — Guérison

Gr... L..., 32 ans, célibataire, à l'asile depuis six ans, est atteinte de dégénérescence. Elle s'alite dans *les premiers jours de mars 1912*, par suite de grippe : température à grandes oscillations quotidiennes, 38° à 40°, céphalée, douleurs dans les membres, trachéo-bronchite, troubles gastro-intestinaux, vomissements, diarrhée. Constitution très débilitée.

Le 15 mars, une pneumonie du lobe supérieur droit vient aggraver le pronostic.

Le 25 mars, la température tombe, mais la toux est encore fréquente, malgré une amélioration locale très sensible. La malade est très affaiblie, elle a des vomissements et de la diarrhée. Son état mental s'est très sensiblement amélioré depuis le début de la pneumonie.

A ce moment, apparaît une phlébite du membre inférieur gauche. La malade est cachectique, a les extrémités infiltrées. Elle fait une nouvelle poussée fébrile à grandes oscillations accusant la persistance de l'infection grippale.

Au début d'avril, à la suite d'une injection au niveau du tiers supérieur de l'avant-bras droit, un abcès phlegmoneux se forme ; la région est extrêmement douloureuse, le simple effleurement provoque des cris.

A dater de ce jour, tous les troubles, la phlébite même, s'améliorent très manifestement et avec une rapidité surprenante. La malade que l'on ne soutenait plus guère que par des injections de sérum, réclame des aliments, les supporte, n'a

plus de diarrhée, plus de grandes variations de température, son teint change pour ainsi dire du jour au lendemain ; l'état général s'améliore. La malade accuse une sensation de bien-être qu'elle n'avait plus éprouvé depuis de longues années. L'état physique et l'état mental s'améliorent progressivement.

Le 20 avril, les mouvements de la jambe gauche n'étaient plus douloureux, il ne restait plus qu'un léger œdème du pied.

A la fin d'avril, Gr... rentrait dans sa famille, convalescente de sa maladie physique et avec une mentalité très améliorée, qui se maintient encore satisfaisante quatre mois après.

OBSERVATION II

Service de M. le Professeur SPILLMANN. — Salle XIV

Broncho-Pneumonie

Réaction. — Mort

D..., charretier, 45 ans, a ressenti *le 8 novembre*, à midi, un grand malaise, de violents frissons En même temps il est pris de dyspnée et s'alite. Il est envoyé à l'hôpital par son médecin.

A son entrée, on constate de la cyanose, une respiration très accélérée, des crachats muco-purulents, visqueux, adhérents ; langue et lèvres fuligineuses. L'examen direct permet de reconnaître plusieurs foyers de broncho-pneumonie.

Le pouls est faible, rapide, dépressible.

Les urines sont foncées, albumineuses.

Le 22 novembre. au matin, injection de 1 cc. de térébenthine dans le tissu cellulaire sous cutané de chaque flanc, après badigeonnage de la région à la teinture d'iode.

Le samedi, 23, on perçoit déjà une forte réaction inflammatoire, sous forme d'un large placard rougeâtre, au niveau de chaque injection. Il y a un certain degré d'empatement, la douleur est vive à la pression.

Le lendemain et le surlendemain la réaction s'accentue ;

mais le malade succombe aux progrès de l'asphyxie, *le 26 novembre*.

OBSERVATION III

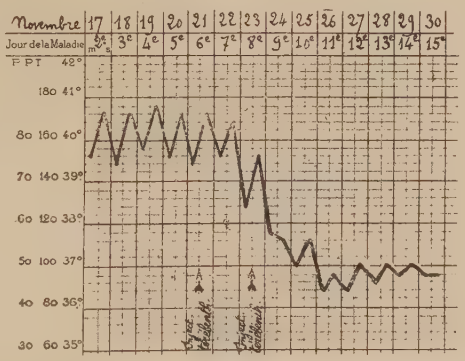
Service de M. le Professeur SPILLMANN. — Salle X. — Lit 1

Pneumonie

Réaction. — Guérison

W... L..., 43 ans, valet de chambre, a ressenti, le *17 novembre*, au cours de son travail, un violent frisson, puis il a été pris d'un malaise général qui l'a obligé à s'aliter. Il a consulté un médecin qui lui a conseillé de venir à l'hôpital.

Le *20 novembre*, à son entrée, le malade est très cyanosé et souffre d'un point de côté au niveau du mamelon. Il présente un facies angoissé, du battement desailes du nez et de la tachypnée.



L'examen révèle une pneumonie du lobe inférieur gauche. En présence de la gravité des symptômes, nous faisons, sur les conseils de M. le professeur Spillmann une injection de 1 cc. d'essence de térébenthine dans le flanc gauche, après asepsie de la région.

Le *21 novembre*, la réaction est peu nette.

Le *samedi, 23 novembre*, l'état du malade restant très précaire, nouvelle injection de térébenthine dans le flanc droit.

Les jours suivants, se dessine une vive réaction, avec douleur, rougeur, tuméfaction. La température baisse rapidement. Le malade se sent mieux et se plaint de la douleur occasionnée par son abcès.

Nous l'incisons le septième jour : il s'en écoule environ un litre de pus, épais, grumeleux, strié de sang et présentant une forte odeur d'essence de térébenthine. Le malade est bien, il a de l'appétit et demande à sortir, ce qui lui est accordé ; l'abcès s'étant, en quelques jours, complètement cicatrisé.

OBSERVATION IV

Service de M. le Professeur Spillmann. — Salle XIV

Pneumonie du sommet droit

Absence de réaction. — Mort

Mme S..., 53 ans, journalière, mère de dix enfants ; sans antécédents morbides.

Le *jeudi, 31 octobre,* a ressenti tout à coup un fort point de côté au mamelon droit et a eu de violents frissons.

Elle entre le *7 novembre* à l'hôpital. La malade est une obèse. Sa température est de 40°, son pouls est à 120. Elle a le facies vultueux, cyanosé, une dyspnée accentuée, et un fort tirage sus-sternal. Elle présente en outre des crachats rouillés, couleur jus de pruneaux.

A la palpation, on perçoit une augmentation très nette des vibrations vocales, en avant et à droite. La percussion montre une matité de tout le sommet droit.

A l'auscultation, souffle tubaire, résonnance de la voix, râles crépitants.

La pointe du cœur bat dans le 5e espace intercostal, en dedans de la ligne mamilaire. Pas de bruit anormal.

Les urines sont rares, foncées, sans albumine.

La malade a une soif vive.

Le 8 novembre, devant la gravité des symptômes, nous pratiquons dans chaque flanc, une injection de 1 cc. d'essence de térébenthine dans le tissu cellulaire sous cutané. Le pennicule adipeux est très épais (4 à 5 centimètres environ).

Les jours suivants, aucune réaction n'apparaît au niveau des injections.

Le *9 novembre*, le pouls devient mou, filant, dépressible ; le facies est anxieux, très cyanosé ; la malade est en imminence d'asphyxie.

Le *10 novembre*, au matin, exitus. Nécropsie. Pour les résultats, se reporter au paragraphe : Examen du foyer de l'abcès, page 55.

OBSERVATION V

Service de M. le Professeur SPILLMANN

Pneumonie (Hépatisation grise)

Réaction. — Guérison

P... R..., 50 ans, tailleur de pierres, est de constitution robuste, mais il avoue de nombreux excès éthyliques. *Le 13 avril 1910*, au cours de son travail, le malade éprouve un grand frisson et une violente douleur au côté droit ; il rentre aussitôt chez lui et s'alite.

Le lendemain la fièvre est élevée, un délire violent se déclare.

Le 18 avril, le malade entre à l'hôpital : il est très agité, délire, prononce des paroles incohérentes et a de la zoopsie ; ces symptômes font penser tout d'abord à un accès de délirium tremens.

La toux est fréquente, l'expectoration rouillée, adhérente, la dyspnée intense. La température est à 39°5, le pouls à 120, irrégulier, dépressible. L'examen de l'appareil pulmonaire révèle tous les signes d'une pneumonie des lobes supérieur et moyen droits.

Les urines sont albumineuses.

Le 22 avril, l'état général s'est beaucoup aggravé. Le délire persiste ; l'expectoration devient abondante et grisâtre. Les symptômes pulmonaires restent les mêmes. Les bruits du cœur sont sourds, précipités, irréguliers. On pratique des enveloppements tièdes du thorax et on administre des stimulants. Le soir on fait une injection de 1 cc. d'essence de térébenthine dans le flanc gauche.

Le 23 avril, le malade a bien réagi : une forte tuméfaction se montre au niveau de la piqûre, la région est très douloureuse. Le pouls est mieux frappé, la température a des tendances à baisser, le délire est moins violent.

Le 25 avril, l'état général s'est bien amélioré, l'abcès est fluctuant ; on l'incise. Il s'en écoule 400 gr. environ de pus blanc, très épais et grumeleux.

La température est aux environs de 38°. L'expectoration ne présente plus la teinte rouillée.

Le 2 mai, l'état est excellent ; il n'y a plus de délire. L'abcès se cicatrise rapidement.

Le 9 mai, il s'est formé à l'avant-bras droit un abcès au niveau d'une piqûre d'éther, il est incisé, il en sort 50 gr. de pus. Le malade a de violentes douleurs d'oreilles.

Le 10 mai, écoulement abondant de pus par l'oreille droite.

Le 12 mai, paracentèse spontanée de l'oreille gauche.

Le 19 mai, l'écoulement auriculaire est tari, la température est tombée à 37° ; le malade se sent bien et commence à s'alimenter.

Le 22 mai, les abcès sont cicatrisés, le malade a repris ses forces et rentre chez lui.

OBSERVATION VI

Service de M. le Professeur Spillmann

Pneumonie

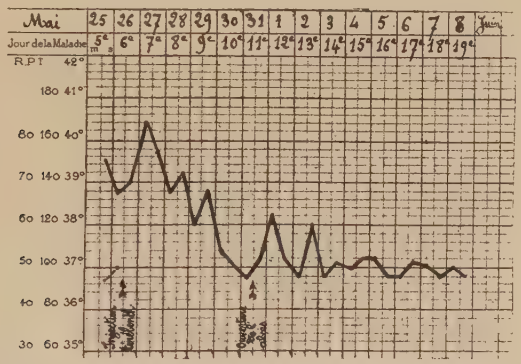
Réaction. — Guérison

M... J..., 40 ans, batelier, entre à l'hôpital *le 25 mai 1910*. Le 20, dans la journée, il est tombé accidentellement dans le canal, s'est refroidi et a ressenti le soir un violent point de côté au niveau du mamelon droit.

A son arrivée, le malade présente un facies vultueux, le regard brillant, une dyspnée assez prononcée. La température est de 39°5, le pouls est à 90. L'expectoration peu abondante est formée de crachats rouillés visqueux et collants. L'auscultation

fait percevoir de nombreux râles dans toute la hauteur du poumon droit. La matité s'étend de l'épine de l'omoplate jusqu'à la base et se prolonge jusqu'à la ligne axillaire antérieure. On perçoit dans l'aisselle un gros souffle et quelques râles crépitants. Les urines sont foncées et albumineuses. Les lèvres sont sèches, la langue recouverte d'un épais enduit saburral. Le malade est très agité, délire, et a de la diarrhée.

Le 26 mai, même état, température à 39°, pouls à 100, le malade se cyanose. On fait dans le flanc droit une injection de 2 cc. d'essence de térébenthine.



Le 27 mai, la température est à 40°, le malade éprouve une vive douleur au niveau de la piqûre, qui a donné lieu à une forte réaction. On remarque à ce niveau une rougeur très étendue avec empâtement et tendance phlegmoneuse.

Le 29 mai, la température est à 38° le matin, à 38°9 le soir ; l'état général est meilleur, les urines sont claires et abondantes.

Le 30, la fièvre est tombée, le malade se trouve bien. L'abcès présente de la fluctuation : il est incisé ; il s'en écoule un pus abondant, grumeleux, d'odeur térébenthinée.

Les jours suivants, il se produit une légère ascension de température.

Le 3 juin, le malade est assis sur son lit ; la fièvre a dis-

paru ; les signes pulmonaires sont très réduits ; l'appétit revient.

Le 8 juin, le malade demande à sortir ; on constate que tout symptôme pulmonaire a disparu. La température est normale, l'abcès de fixation bien cicatrisé.

OBSERVATION VII

Service de M. le Professeur Spillmann

Pneumonie

Réaction. — Guérison

D... R..., 58 ans, bouvier, est brusquement pris, *le 14 mai,* au soir, de violents frissons et d'un point de côté au mamelon droit. Il entre à l'hôpital *le 16 mai.* C'est un malade très débilité qui présente des signes de sénilité précoce très accentués et avoue de nombreux excès éthyliques. La dyspnée est intense ; la respiration est superficielle, au rythme de 40 R à la minute ; la toux est quinteuse, sans expectoration. La température est à 39°8, le pouls à 105, régulier et tendu.

Les vibrations vocales sont augmentées dans tout le sommet droit, diminuées à la base. La percussion donne à droite de la matité dans les fosses sus et sous-épineuses et de la submatité à la base ; en avant, matité sus et sous-claviculaire à droite. Le poumon gauche ne présente pas de modifications de la sonorité. Dans le lobe supérieur droit, l'auscultation révèle un gros souffle tubaire et des râles crépitants fins. A gauche, on perçoit quelques rhonchus et sibilances.

Les bruits du cœur sont assourdis. Le malade dort mal et présente de l'agitation, sans délire.

On prescrit la potion de Todd, les expectorants, on fait des injections d'huile camphrée et de spartéine et l'on pratique des enveloppements tièdes.

Le 17 mai, l'état du malade ne s'est pas amélioré, la dyspnée est intense, la toux fréquente, sans expectoration.

Le 18 mai, l'état général s'aggrave ; la température est à 40°6,

le pouls à 122, dépressible, arythmique. Les signes pulmonaires n'ont pas varié.

Le soir, après badigeonnage de la paroie à la teinture d'iode, on injecte dans le flanc 1 cc. d'essence de térébenthine.

Le 19 mai, la maladie est stationnaire ; la fièvre reste à 40°, le pouls est mieux frappé. Le soir, il y a une induration douloureuse au niveau de l'injection.

Le 20 mai, il s'est produit une vive réaction dans la région de la piqûre ; le malade est moins prostré ; la température reste élevée, les symptômes pulmonaires n'ont pas varié.

Le 22 mai, le placard inflammatoire dû à l'injection de térébenthine atteint la largeur de deux paumes de main ; l'état général s'est très visiblement amélioré. Les urines sont abondantes et claires.

Le 23 mai, l'abcès est incisé, il s'en écoule environ 400 gr. de pus brunâtre, grumeleux, mal lié.

Le 24 mai, l'abcès continue à se déterger. La température est inférieure à la normale : 36°2. L'état général est excellent, le malade demande à manger. Les symptômes pulmonaires ne sont plus que difficilement perceptibles.

Le 28 mai, l'abcès ne suppure plus, le malade sent ses forces revenir et retourne chez lui.

OBSERVATION VIII

Service de M. le Professeur Spillmann

Broncho-pneumonie (forme ataxo adynamique)
Réaction. — Guérison

I... M..., 25 ans, ouvrière en brosses, entre à l'hôpital *le 27 avril 1910*. Elle n'a aucun antécédent morbide personnel. *Le 12 avril* elle prit froid, en lavant du linge, ressentit un point de côté à gauche et fut prise de frissons et de fièvre. La malade qui était en pleine période cataméniale vit ses règles cesser brusquement, se mit à tousser et dut garder le lit.

A son arrivée, elle est pâle, amaigrie, abattue ; les pommettes

sont rouges et saillantes. La température est à 38°6, le pouls à 116. La toux, fréquente, est accompagnée d'une expectoration muco purulente ; on note une forte dyspnée.

La percussion révèle de la matité dans l'aisselle gauche et de la submatité aux deux bases. L'auscultation fait entendre de gros râles disséminés dans les deux poumons, des râles fins aux bases, un foyer de râles sous crépitants et un souffle tubaire dans l'aisselle gauche. Le pouls est rapide et dépressible, les bruits du cœur sont très assourdis. La langue est sèche, rôtie ; la malade n'a pas d'appétit et présente de la diarrhée depuis trois jours. Son sommeil est troublé par des cauchemars et des hallucinations ; elle est très agitée, délire, et a des convulsions et du tremblement des mains.

On fait de la révulsion et des enveloppements humides, on donne des bains tièdes et on administre des toniques.

Le 30 avril, l'état de la malade s'est considérablement aggravé ; les signes stéthoscopiques restent les mêmes, le pouls est à 126, irrégulier, inégal ; la température est à 40°. Le délire est continuel, il y a de l'incontinence des sphincters. On injecte 1 cc. d'essence de térébenthine dans le flanc gauche.

Le 2 mai, l'abcès de fixation s'est constitué ; il existe, au niveau de la piqûre, une tuméfaction douloureuse. La malade va un peu mieux ; le pouls est mieux frappé.

Le 5 mai, l'abcès est incisé ; il en sort 200 gr. de pus très épais, blanchâtre, grumeleux. Il s'est produit une amélioration notable, le délire a cessé, mais la malade reste très faible.

A l'examen des poumons, on ne retrouve plus de souffle ; seuls persistent quelques râles de bronchite. Les crachats sont plus rares, moins épais.

Le 19 mai, la malade commence à se lever, elle a de l'appétit ; tout symptôme pulmonaire a disparu. L'abcès est cicatrisé.

OBSERVATION IX

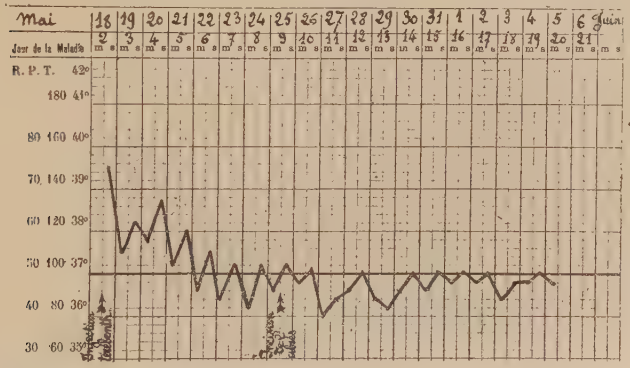
Service de M. le Professeur SPILLMANN

Broncho-pneumonie

Réaction. — Guérison

R... V..., 20 ans, fils d'emphysémateux et bronchiteux chronique, a eu lui-même plusieurs bronchites. Il y a un mois, il fut pris brusquement d'un point de côté, de frissons et de fièvre et entra dans le service du professeur Bernheim, qui diagnostiqua une broncho-pneumonie. Il sortit du service au bout de trois semaines et reprit son travail. Le lendemain, *17 mai*, il fut pris d'une violente douleur à l'épigastre et dut s'aliter.

Le 18 mai, à son entrée dans le service du Professeur Spillmann, le malade présente une dyspnée violente, du battement des ailes du nez, une toux fréquente, une expectoration muco-purulente, légèrement striée de sang. La température est à 39°5. le pouls à 120.



A la percussion, la sonorité paraît exagérée à gauche ; on perçoit de la matité dans la partie inférieure et moyenne du poumon droit. L'auscultation révèle au niveau de la pointe de l'omoplate, des râles sous crépitants fins et un souffle tubaire léger. A la base, existe un second foyer de râles et un souffle

très net. A gauche, il y a quelques gros râles humides disséminés.

Les bruits du cœur sont normaux, le choc de la pointe n'est pas perçu ; le pouls est régulier, égal, bien frappé.

Les urines sont rares, foncées et contiennent de l'albumine.

Le 18 mai, au soir, on fait une injection de 1 cc. d'essence de térébenthine dans la cuisse droite.

Le 19 mai, le malade accuse une vive douleur au niveau de la piqûre, il n'a pu dormir, la région est très sensible et présente une large tuméfaction rouge. L'état général reste mauvais, la fièvre est forte, le pouls rapide.

Le 22 mai, le malade va mieux. Il crache moins ; la dyspnée a presque disparu. Les symptômes pulmonaires se sont amendés, le souffle a disparu, on note encore de la submatité et des râles sous crépitants à la base. La température est à 36°5 le matin, à 37°7 le soir. Les urines sont claires et abondantes.

Le 25 mai, l'abcès est incisé, on recueille un plein verre de pus épais, jaunâtre.

Le 28 mai, la sonorité a reparu dans toute la hauteur des poumons. Le malade dort bien, a de l'appétit.

Le 6 juin, l'abcès est cicatrisé, le malade est en pleine convalescence.

OBSERVATION X

Service de M. le Professeur Spillmann

Septicémie puérpérale

5 abcès de fixation

Réaction. — Guérison.

Mme G... B., ménagère, âgée de 33 ans, est mariée depuis douze ans et a eu trois enfants. Il y a quatre semaines, elle a accouché prématurément d'un fœtus âgé de quatre mois et demi et a eu une délivrance incomplète, à la suite de laquelle elle dut subir un curage et des injections intra-utérines au permanganate. Quelques jours après, elle éprouve des frissons répétés et présente de la fièvre.

Elle entre à l'hôpital *le 4 janvier*. C'est une malade au teint terreux, infecté, très prostrée. La température est à 39° 5 ; le pouls, à 120, faible et irrégulier. On constate de gros ganglions dans l'aine gauche et une augmentation considérable de volume du membre inférieur gauche, qui est très œdématié ; il s'agit d'une *phlegmatia alba dolens*.

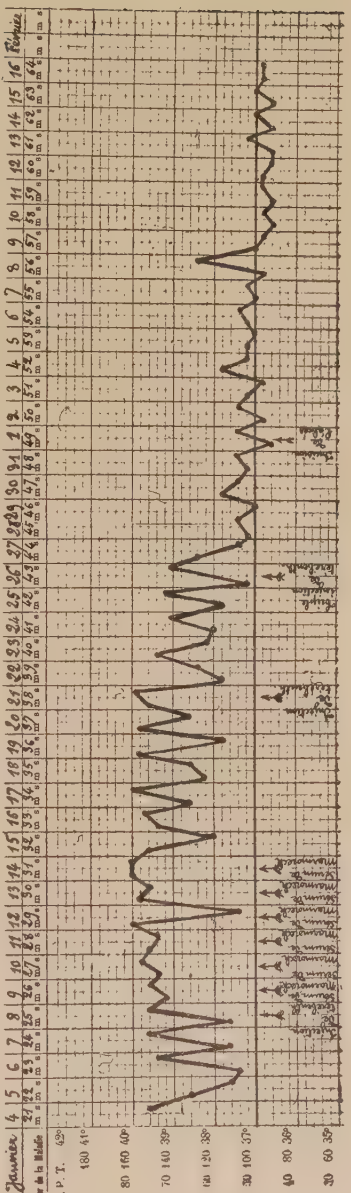
Le toucher ne révèle rien d'anormal.

Les bruits du cœur sont réguliers. L'urine n'a pas d'albumine. La malade se plaint de frissonner toute la nuit et dort mal.

Le 5 janvier, la malade est dans le même état. On fait une injection intra-veineuse d'électrargol ; la jambe est mise en gouttière et recouverte de pommade au collargol.

Le 8 janvier, devant la persistance et la gravité des symptômes, on pratique une injection de 1 cc. d'essence de térébenthine.

Le 9 janvier, il ne s'est pas produit de réaction ; injection de 20 cc. de sérum de Marmoreck.



Le 10 janvier, on pratique une nouvelle injection de 20 cc. de sérum de Marmoreck. La température est à 39° 5, le pouls à 120.

Le 12 janvier, au soir, la température, qui s'était maintenue à 39° malgré les injections de sérum de Marmoreck, tombe à 37° 4.

Le 19 janvier, les frissons et la fièvre continuent. On injecte trois cc. d'essence de térébenthine dans le flanc gauche.

Le 23 janvier, l'abcès commence à se développer; il y a de la rougeur et une tuméfaction de la grosseur d'une orange.

Le 26 janvier, trois nouvelles injections de térébenthine sont pratiquées: les deux premières au niveau de la paroi abdominale, l'une à droite et l'autre à gauche; la troisième sur la cuisse droite.

Le 27 janvier, les abcès se sont développés d'une façon intense dans le flanc gauche, qui est couvert d'une rougeur diffuse, œdématié et très douloureux. La température est descendue à 37° 5.

Le 29 janvier, les abcès du flanc gauche se sont fusionnés, formant un volumineux phlegmon. L'état général s'est bien amélioré: la malade est moins prostrée.

Le 31 janvier, l'abcès est incisé; il s'en écoule sept à huit cents grammes de pus jaunâtre et grumeleux.

Le 2 février, la température est à 37° 2 le matin, à 37° le soir. L'abcès continue à se déterger; la malade est plus éveillée, se trouve bien, s'alimente un peu.

Le 8 février, la température est normale; l'abcès ne coule presque plus. L'appétit est revenu; le teint est bon.

Le 12 février, la plaie de l'abcès est cicatrisée. La malade sort de l'hôpital, complètement rétablie.

OBSERVATION XI

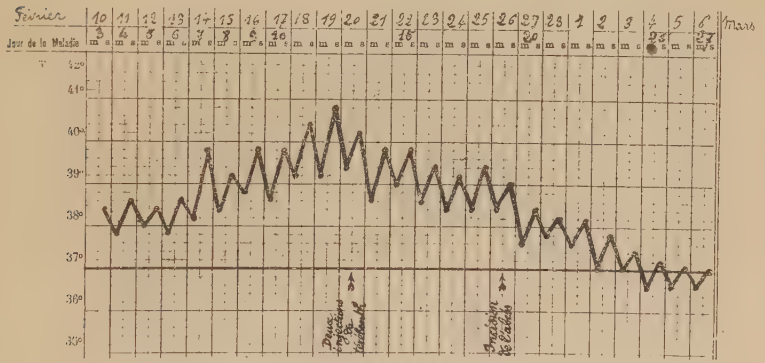
Service de M. le Professeur Spillmann (Pavillon d'isolement)

Scarlatine grave

Réaction. — Guérison.

L... L., vingt-sept ans, femme de chambre, entre *le 10 février 1912*, à l'hôpital.

Le 7 février, elle se plaignit de la gorge, éprouva de la difficulté à avaler, et fut prise de céphalée, de nausées et de vomissements répétés. A son entrée, on constate une température de 38° 5; le pouls est à 84. Sur les cuisses et sur le ventre, apparaît un érythème diffus caractéristique. La langue est rouge et la gorge présente une teinte rougeâtre. Le diagnostic de scarlatine s'impose.



Le 14 février, la fièvre monte à 39° 8; l'éruption pâlit.

Le 18, il se produit une aggravation des symptômes: la prostration est extrême, la langue et les lèvres sont recouvertes de fuliginosités; la température est à 40°. On prescrit des bains tièdes.

Le 19, la température est à 40° 6; le pouls, à 140, petit, irrégulier, dépressible. On continue les bains et on fait des injections d'huile camphrée.

Le 20 février, l'état de la malade est de plus en plus mauvais; son visage est cyanosé, elle délire et ne reconnaît plus personne. On fait dans les flancs deux injections de un cc. d'essence de térébenthine.

Le 21, la réaction se dessine à droite: au niveau de l'injection la peau est rouge, tuméfiée.

Le 22 février, la réaction se produit également dans le flanc gauche.

Le 26, incision de l'abcès du flanc gauche, qui donne un pus abondant et grumeleux. La température a des tendances à baisser, l'état général est bien meilleur ; la malade ne délire plus, elle est moins prostrée.

Le 27 février, température à 38° 4 ; l'amélioration continue, la langue se dépouille, la malade est bien éveillée. A partir de ce jour, l'état général se relève progressivement ; l'appétit revient. L.... quitte l'hôpital le 3 mars, complètement rétablie.

OBSERVATION XII

Service de M. le Professeur Simon. — Salle IX.

Broncho-pneumonie

Réaction. — Guérison.

U... J., manœuvre, trente ans, entre à l'hôpital *le 19 décembre*. Il a ressenti la veille, au cours de son travail, un violent point de côté, de la céphalée, une profonde faiblesse. En même temps, il était pris de dyspnée, de frissons et d'une toux fréquente, accompagnée d'une expectoration sanguinolente.

A son entrée, on constate une dyspnée très prononcée (60 respirations par minute). Le malade a le facies vultueux, angoissé, les yeux brillants. Il y a du tirage sus-sternal et épigastrique.

A la percussion, skodisme sous la clavicule gauche, submatité dans le reste du poumon et matité complète à la base. L'auscultation fait percevoir de gros râles muqueux dans toute la hauteur du poumon gauche, des râles fins à la base. En arrière et à gauche, souffle tubaire et râles sous-crépitants dans la fosse sus-épineuse et à la pointe de l'omoplate. A droite, on trouve également plusieurs foyers de râles.

L'expectoration est rouillée.

La température est à 38°, le pouls à 126, assez bien frappé, régulier.

Le 22 décembre, l'expectoration devient muco-purulente ; les foyers de broncho-pneumonie s'étendent. Les lèvres et la

langue sont sèches et recouvertes de fuliginosités noirâtres, l'adynamie est profonde, le malade est indifférent à tout.

Le 24 décembre, injection de 1 cc. d'essence de térébenthine sous la peau de la face antéro-externe de la cuisse droite.

Le 28 décembre, on perçoit nettement de la fluctuation au lieu d'injection ; on retire, à l'aide d'un trocart, un pus épais, grumeleux, à forte odeur de térébenthine.

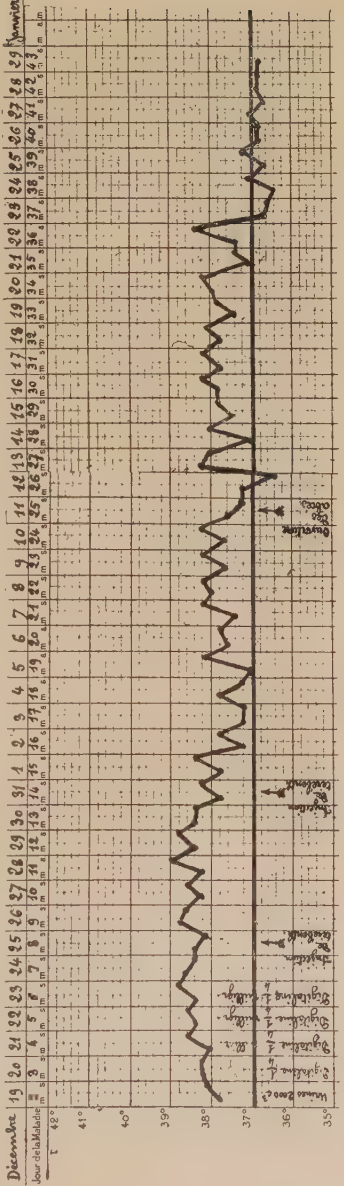
Les signes d'auscultation ne se sont pas modifiés.

Le 30 décembre, devant l'état alarmant du malade, nous faisons une nouvelle injection de térébenthine dans l'hypocondre droit. Elle provoque, dès le surlendemain, une vive réaction.

Le 1er janvier, il y a une tuméfaction très forte du flanc gauche ; la peau est rouge.

Les jours suivants, l'état du malade s'améliore très nettement, et le mieux va s'accentuant, malgré un état de faiblesse très prononcé.

Le 10 janvier, ouverture des deux abcès. De celui de la cuisse il s'écoule 500 grammes environ de pus jaunâtre, gru-



meleux. De l'abcès de l'abdomen sort un pus couleur brun-chocolat. A son ouverture se produit une abondante hémorrhagie. L'opérateur tamponne; puis, devant la persistance de l'écoulement sanguin, pratique la ligature de l'artériole sectionnée.

Le 28 janvier, il persiste toujours de la matité à gauche, et l'on perçoit encore de nombreux râles humides dans les deux poumons. Le malade a une véritable vomique et remplit successivement trois crachoirs d'un liquide purulent, à odeur très forte.

Le 29 janvier, la radioscopie montre dans le poumon gauche une opacité de forme triangulaire, dont la base se trouve dans l'aisselle et dont le sommet atteint le diaphragme.

Le 13 février, devant la persistance de la matité, il est fait d'abord une ponction qui ramène du pus; puis l'on procède à l'opération de l'empyème.

Le 12 mars, les signes pulmonaires ont disparu; le malade a repris un teint rosé, de l'embonpoint, et se trouve en pleine convalescence.

OBSERVATION XIII

Service de M. le Professeur Simon

Broncho-pneumonie

Abcès multiples. — Abcès de fixation. — Réaction. — Guérison

L... B..., 19 ans, domestique, entre *le 1er mars* à l'hôpital. Depuis plusieurs jours elle souffre d'une forte douleur au sommet du poumon droit, tousse, crache, et fait de la fièvre.

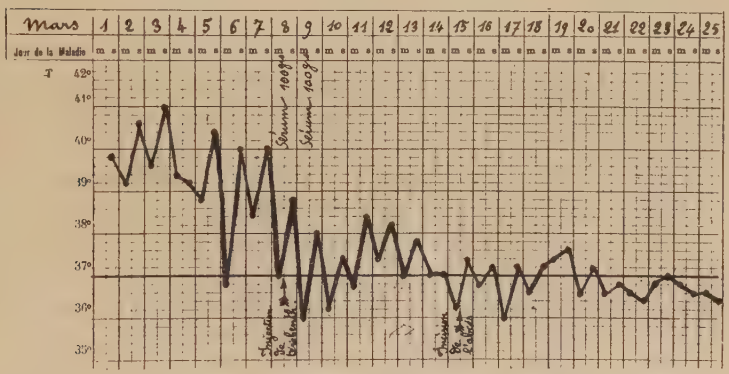
A son arrivée, on constate une température de 39°8; le pouls est à 108, régulier, égal. L'expectoration est muco-purulente, abondante.

A la percussion du poumon droit, on trouve une zone de matité qui se prolonge sous l'aisselle. A l'auscultation, il y a du retentissement de la voix et une augmentation très nette des vibrations et l'on perçoit des râles de bronchite dans toute l'étendue du poumon. Dans l'aisselle et sous la clavicule existe un souffle tubaire accompagné de bouffées de râles sous crépi-

tants. Le poumon gauche est sain. Il y a cependant de la submatité aux deux bases et on y entend quelques râles fins.

Les bruits du cœur sont normaux, bien frappés. La malade se plaint de céphalée, elle a de l'insomnie et des cauchemars.

Le 4 mars, la température, qui était de 41° la veille, est à 39°4 ; la malade est prostrée, son visage présente une teinte grise.



Le 5, la température est à 40°6.

Le 8, la température est à 39° ; l'état général est mauvais, la malade est très abattue, elle a le teint cyanosé. On fait une injection de 100 gr. de sérum. On procède à un essai de fixation par injection sous-cutanée de 1 cc. d'essence de térébenthine à la partie antéro-externe de la cuisse gauche.

Le 9 mars, la malade présente dans la région deltoïdienne droite, de la rougeur avec tuméfaction et sensibilité à la pression. A la partie interne du pouce gauche existe un panaris sous-cutané de la grosseur d'une pièce de deux francs. Sur la face d'extension de l'avant-bras gauche on remarque une tuméfaction rouge et douloureuse. Au gros orteil, à la région plantaire et au talon droits apparaissent des panaris superficiels, ainsi qu'au pied gauche.

Le 10 mars, il s'est produit une vive réaction au niveau de

l'injection d'essence de térébenthine. La malade a les articulations phalangiennes rouges et tuméfiées; elle ne peut étendre les doigts.

Le 11 mars, l'état général s'est bien amendé, la malade est moins abattue. L'abcès de fixation a évolué, il présente une large fluctuation. A la partie supérieure de l'avant-bras gauche, il s'est produit un empâtement douloureux et rouge.

Le 15 mars, la température est tout à fait tombée. On ouvre l'abcès de fixation, il s'en écoule un pus grumeleux et jaunâtre (150 gr. environ).

Le 17 mars, la malade éprouve des douleurs dans le coude droit; cette articulation est gonflée et douloureuse, ses mouvements sont très limités.

Le 18 mars, l'articulation du coude va mieux, mais la malade se plaint de l'épaule droite.

Le 19 mars, l'analyse du pus des abcès a montré qu'ils renfermaient du streptocoque. L'ensemencement sur les milieux usuels (sérum solidifié, bouillon, gélose, ascite...) a donné des cultures pures de streptocoque disposé en chaînettes de 4 à 12 cocci et gardant bien le Gram.

Le 24 mars, les symptômes pulmonaires ont disparu, les abcès se sont cicatrisés, la malade reprend de l'appétit; l'état général est des plus satisfaisants.

OBSERVATION XIV

Service de M. le Professeur Weiss. — Salle VII. — Lit n° 6

Infection puerpérale

Réaction. — Guérison

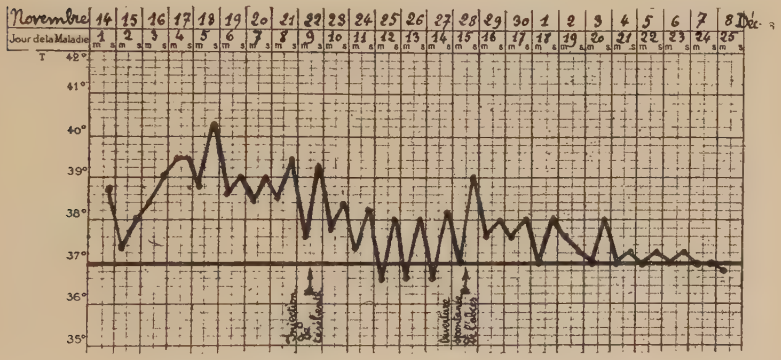
A... L..., 21 ans, accouche le 1er novembre 1912, d'une fille bien constituée. Elle se lève neuf jours après et reprend aussitôt son travail.

Le 14 novembre, elle est prise de frissons, se sent mal à l'aise et vient à l'hôpital.

A son entrée, la température est à 38°; le pouls est faible, dé-

pressible, à 145 pulsations ; la malade présente des symptômes de péritonite généralisée.

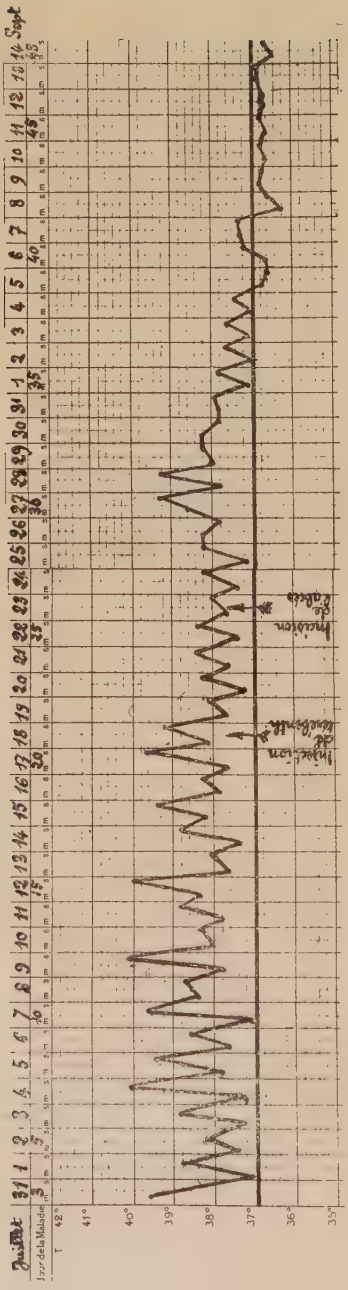
Son état s'aggrave les jours suivants; la température monte vers 39°, 40°. Le toucher vaginal permet de sentir dans le cul de sac gauche et dans le Douglas deux collections de la grosseur du poing.



En présence de cet état, on décide de faire à la malade un abcès de fixation: injection sous-cutanée de un cc. d'essence de térébenthine sous les téguments de la face antéro-externe du bras gauche. Le lendemain, il se produit à ce niveau une forte réaction qui va s'accentuant de plus en plus. A dater de ce jour, l'état général s'améliore sensiblement: la distension du ventre diminue, la température a des tendances à baisser, le pouls est moins rapide.

L'abcès de fixation s'ouvre spontanément, donnant en abondance un pus épais et verdâtre.

La température descend alors à 37°. L'abcès se ferme au bout de huit jours. Les collections du petit bassin s'ouvrent une issue dans le rectum : la malade rend, par cette voie, environ deux litres de pus. La fistule rectale se cicatrise rapidement ; mais une nouvelle maladie (affection de l'appareil respiratoire) vient prolonger de quelques mois le séjour de la malade à l'hôpital.



OBSERVATION XV

Service de M. le Professeur
WEISS

Salle VII. — Lit n° 5.

Infection puerpérale

Réaction. — Guérison.

Mme X..., vingt-cinq ans, est envoyée *le 30 juillet* à l'hôpital par son médecin. Elle a accouché à terme trois jours avant, et a dû subir la délivrance artificielle.

Le *29 juillet*, dans la journée, elle a ressenti de violents frissons et on a constaté, chez elle, une température de 39°.

A son entrée, on trouve des lochies abondantes et fétides; la température est de 39°5.

On lui fait, pendant sept jours, une injection quotidienne intra-utérine iodée; les lochies perdent leur odeur et disparaissent.

Cependant, la température persiste, l'état général reste mauvais : la malade présente un teint infecté, une langue sèche, rôtie, des frissons et de la diarrhée.

Le *18 août*, on lui fait à la face externe de chaque cuisse une injection sous-cutanée de un cc. d'essence de térébenthine.

Le *23 août*, deux gros abcès sont collectés au lieu de l'injection. La température baisse, l'état général s'améliore rapidement.

Après une ascension thermique *les 28 et 29* due à une poussée de phlébite localisée à la jambe droite, la température tombe à la normale, et la malade sort *le 20 septembre* complètement rétablie.

OBSERVATION XVI

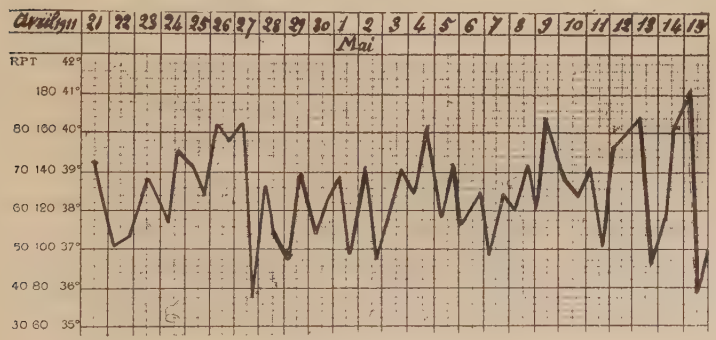
Service de M. le Professeur Weiss
Salle VII

Infection puerpérale

Réaction. — Guérison.

Mme X... a accouché à terme il y a un mois. Depuis, elle n'a pas cessé d'avoir de la température. Vu la gravité de la situation, son médecin lui conseille de venir à l'hôpital.

A son entrée *le 21 avril*, la malade est pâle, amaigrie. Son facies est tiré, grisâtre, sa langue sèche, le ventre ballonné.



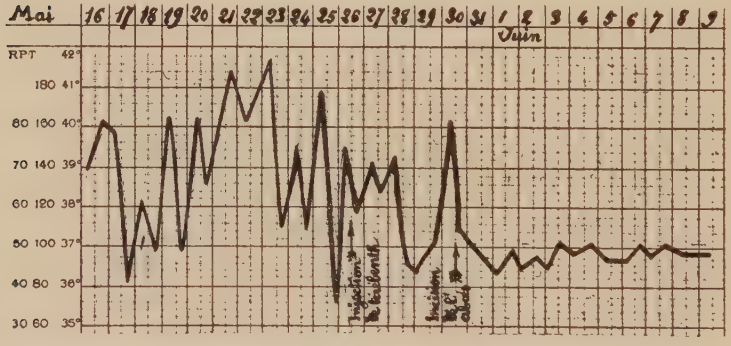
En l'examinant, on trouve un utérus volumineux, mais mobile, dépassant de un travers de doigt la symphyse pubienne. Pas de sensibilité, ni d'induration des culs de sacs vaginaux. Le col utérin est volumineux et présente une ulcération gri-

sâtre, qui est cautérisée pendant cinq à six jours à la teinture d'iode.

Il existe un écoulement utérin purulent, sans odeur. Injections intra-utérines iodées, pendant cinq à six jours; sous leur influence, l'écoulement disparaît.

Traitement général : régime lacté, alcool, électrargol. On fait, sans résultat, des injections de sérum antistreptococcique.

L'état de la malade devient de plus en plus grave: grands frissons répétés, délire, diarrhée profuse, urines rares mais sans albumine.



Le *26 mai*, on fait un abcès de fixation: injection sous-cutanée de un cc. d'essence de térébenthine sur la face externe de la cuisse gauche.

Le *30 mai*, incision: il s'écoule environ un verre de pus. Le soir, la température est à 40°.

A partir de ce moment, la température devient normale, la diarrhée cesse, la malade ne ressent plus de frissons, l'état général se relève peu à peu.

La malade sort, *le 15 juin*, complètement guérie. Elle est actuellement (15 février 1913) de nouveau enceinte et au voisinage du terme.

OBSERVATION XVII

Service de M. le Professeur Weiss

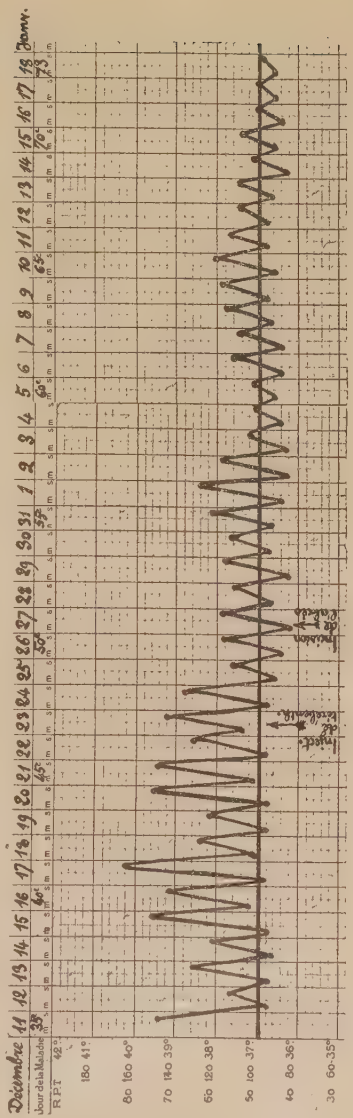
Infection puerpérale

Réaction. — Guérison.

Mme P... C., vingt-six ans, primipare, accouche le 13 octobre; la délivrance s'effectue spontanément et la malade se lève au bout de quinze jours. Elle continue cependant à perdre des lochies très odorantes et éprouve de vives douleurs dans la fosse iliaque gauche. Son médecin lui prescrit des injections qui restent sans résultat.

La malade entre à l'hôpital *le 11 décembre*. Elle présente un facies coloré, le regard brillant, un abattement très prononcé. La température est à 39° 5; le pouls, à 137, dépressible. Le toucher révèle de l'empâtement péri-utérin dans le cul de sac gauche et une vive sensibilité. Malgré le repos et les injections répétées, l'état général reste stationnaire; la température présente de grandes oscillations et s'élève jusqu'à 40°.

Le 23 décembre, nous injectons au niveau de l'empreinte



deltoïdienne un cc. d'essence de térébenthine, après badigeonnage de la région à la teinture d'iode.

Le 25 décembre, le bras présente une rougeur diffuse; la réaction est vive; la malade ne peut supporter le moindre effleurement.

Le 27, la malade se plaint de souffrir vivement de son abcès. Sur ses demandes réitérées, on incise l'abcès; il s'écoule soixante-dix grammes environ de pus jaune et louable.

L'écoulement continue les jours suivants. L'état général s'est bien amélioré, la malade est moins abattue, l'appétit revient, les lochies diminuent et perdent leur odeur.

Le 2 janvier, elles ont totalement disparu. La fièvre n'a pas complètement cédé; mais elle ne présente plus les fortes ascensions des jours précédents.

Les jours suivants, la malade souffre d'une légère angine, qui ramène un peu de fièvre.

Le 17 janvier, elle quitte l'hôpital définitivement rétablie.

OBSERVATION XVIII

dûe à M. le Professeur Fruhinsholtz.

Infection puérpérale

Absence de réaction. — Mort.

Mme X... á déjà eu plusieurs avortements de cause indéterminée. Elle est sujette à des crises d'entérite muco-membraneuse et a été opérée d'appendicite.

Accouchée spontanément *le 28 novembre 1910,* la parturiente présente, le troisième et le quatrième jour, une température de 39° avec rémission matinale.

La fièvre tombe le lendemain, *2 décembre;* mais le huitième jour, *5 décembre,* elle ressent un violent frisson; la température s'élève à 40°. On fait une tentative infructueuse d'injection intra-utérine. Le col est déchiré et recouvert d'un enduit purulent; la suture périnéale est grise et de mauvais aspect.

Le neuvième jour, *6 décembre,* la température est à 40°; le

pouls, à 120. La malade a eu trois selles muco-membraneuses; l'état général est bon, mais la langue est saburrale, le ventre légèrement ballonné; on constate une légère sensibilité utérine. L'utérus est petit, les lochies purulentes. On fait des injections vaginales, on injecte soixante cc. de sérum antistreptococcique et dix cc. d'électrargol. A l'intérieur, on prescrit le calomel.

Le 7 décembre, la température monte à 38° 5.

Le 9, elle atteint 39° 5; il existe de l'empâtement au niveau de la jambe droite.

Dans la nuit du 15 au 16 décembre, la malade éprouve de la douleur dans le flanc gauche; on perçoit, au niveau de l'arcade crurale, un empâtement diffus et de la submatité. Le pouls est à 140, la figure s'effile, il n'y a pas d'élévation de la température.

On applique une vessie de glace sur le ventre, et on fait de l'électrargol.

Le 20 décembre, le pouls est meilleur, à 120. Après une vive réaction péritonéale (vomissements, arrêt des gaz), il se produit une légère rémission: les vomissements cessent; les selles sont abondantes et fétides, mais le tympanisme persiste et la malade a du hoquet. L'examen révèle que l'empâtement de la fosse iliaque gauche s'est atténué; par contre, il en est apparu un analogue dans la région lombaire gauche. L'utérus est comme encastré dans une gangue inflammatoire. Il existe de la lymphangite des ligaments larges.

On continue le traitement local et on fait à la cuisse une injection sous-cutanée de un cc. d'essence de térébenthine.

Il ne se produit aucune réaction au niveau de la piqûre et la malade succombe quelques jours après.

OBSERVATION XIX

Service de M. le Professeur Herrgott

Septicémie puérpérale

Légère réaction. — Amélioration, puis mort.

Mme R..., quarante ans, a eu cinq grossesses, dont il ne survit qu'un seul enfant *Le 29 août*, elle a quelques pertes rosées et ressent de la fièvre. *Le 30*, au matin, elle fait appeler son médecin, qui relève une température de 40°. Le soir de violentes contractions apparaissent, qui amènent l'expulsion d'un œuf de deux mois environ. Malgré l'évacuation de l'utérus la fièvre persiste. On pratique une injection qui permet de constater la présence de caillots et de membranes dans la cavité utérine. Un curage est effectué, suivi d'une nouvelle injection. Malgré cette intervention, la température ne cède pas: la femme présente des symptômes graves d'infection généralisée, une fièvre élevée, des frissons qui s'accentuent de plus en plus malgré les injections de sérum antistreptococcique et de collargol.

Elle est envoyée *le 13 septembre* à la maternité. L'aspect est celui des grandes infectées: facies hagard, yeux brillants, traits tirés, peau sèche et grisâtre. Les lèvres et la langue sont fuligineuses, rôties; l'excitation est prononcée. La température est à 39°2, le pouls, à 100, petit et dépressible.

La malade a le ventre ballonné; il existe de la parésie vésicale et de la constipation. On ne constate aucun signe d'infection locale. Un traitement symptômatique est institué : huile camphrée, électrargol, alcool, café, boissons abondantes.

Le 14 septembre, on pratique à la face supéro-externe de la cuisse droite une injection sous-cutanée de un cc. d'essence de térébenthine.

Le 16, il s'est produit une légère réaction caractérisée par de la rougeur, de l'induration et un peu d'œdème. Il y a une tendance nette à l'amélioration; les symptômes d'infection semblent s'amender.

Le 17, les phénomènes inflammatoires n'ont pas augmenté; l'état général reste stationnaire.

Le 18, apparition d'une escarre sacrée.

Le 19, au soir, aggravation des phénomènes infectieux; la respiration est haletante; on perçoit quelques râles trachéaux.

Le 20, état grave; l'auscultation reste négative. Le soir, on pratique une nouvelle injection d'essence de térébenthine; mais la malade succombe dans la nuit.

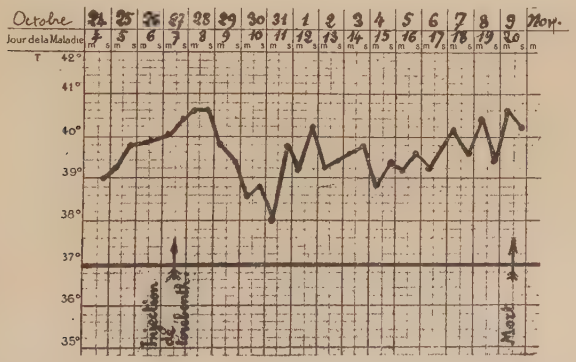
OBSERVATION XX

Service de M. le Professeur Herrgott

Infection puérpérale et broncho-pneumonie

Légère réaction. — Amélioration, puis mort.

Mme M... P., quarante ans, entre *le 24 octobre* à la maternité. Cinq jours avant, elle a avorté, chez elle, d'un fœtus de trois mois. A son arrivée, la malade présente un facies coloré; les lèvres sont sèches, les yeux brillants, l'abattement très prononcé. Elle éprouve des symptômes d'arthrite pseudo-infectieuse au niveau des genoux et de l'épaule droite avec gonflement et sensibilité. Les lochies sont sales et odorantes. Le pouls est à 120; la température, à 39°.



Le lendemain, *25 octobre*, on fait une injection de soixante cc. de sérum antistreptococcique. La malade tousse et crache; elle se plaint d'un point de côté à gauche. L'auscultation y révèle

un foyer de broncho-pneumonie au niveau de la pointe de l'omoplate, un autre à la partie supérieure du poumon.

Le 26 octobre, l'état général est toujours très mauvais; la température est à 39° 8, le pouls à 140. On fait une injection de quinze cc. d'électrargol.

Le 27, la température est à 40° 5. Les manifestations sont de plus en plus graves; la malade a de la dyspnée, tousse et crache beaucoup. On injecte un cc. d'essence de térébenthine pour provoquer un abcès de fixation.

Le soir, la piqûre devient douloureuse.

Le 28 octobre, la réaction se dessine; il y a de la rougeur et de l'empâtement au point de l'injection. La température est à 39° 7, le pouls, à 145.

Le 29, la réaction s'est encore accentuée; la fièvre a de la tendance à baisser. L'état général est meilleur, mais les signes d'auscultation n'ont pas changé.

Le 30, température à 38° 5; amélioration très nette.

Le 31, au matin, même température; le soir, la malade ressent un violent frisson; la fièvre monte à 40° 2. Les jours suivants, l'état de la malade s'aggrave, et, malgré des rémissions passagères, elle succombe *le 9 novembre*.

Une incision pratiquée au niveau de l'abcès de fixation donne issue à soixante grammes de pus.

OBSERVATION XXI

Service de M. le Professeur Haushalter
(Pouponnière)

Broncho-pneumonie

Absence de réaction. — Mort.

B... C., bébé de onze mois, est amené *le 1er mars* à l'hôpital par ses parents, parce qu'il a depuis plusieurs semaines de la diarrhée et qu'il tousse depuis quatre à cinq jours. Le père, ouvrier en chaussures, vingt-huit ans, paraît bien portant; la mère, âgée de dix-huit ans, ne présente aucune tare physique

apparente. L'enfant est soumis à l'allaitement mixte, sein et biberon; il est pâle, chétif, très amaigri, vomit fréquemment et a une diarrhée verdâtre et fétide. On constate, à la percussion, de la submatité au sommet du poumon droit, submatité qui s'étend en avant jusqu'au niveau du mamelon, en arrière jusqu'au dessous de l'épine de l'omoplate. L'auscultation fait percevoir des râles humides disséminés dans les deux poumons, un souffle tubaire léger et de nombreux râles sous-crépitants fins au niveau de la fosse sus-épineuse droite. La température est à 38°; le pouls est régulier, égal, bien frappé. On applique des cataplasmes et on donne des bains sinapisés.

Le 3 mars, la température est à 39° 6; les symptômes pulmonaires n'ont pas cédé.

Le 6 mars, la température est à 40°; état général mauvais. On fait une injection de collargol; on continue les bains sinapisés.

Le 8 mars, la température est à 39° 6. Il s'est produit de l'engouement des bases; l'enfant est atone, sans réactions. Les jours suivants, l'état général reste très précaire ; la température se maintient aux environs de 40°.

Le 17 mars, les symptômes s'accentuent; la température reste à 40°. On pratique une injection intrafessière de cinq cc. de collargol, une injection sous-cutanée de cinquante cc. de sérum de Quinton.

Le 19 mars, en présence de la gravité croissante de l'état général, on tente de provoquer un abcès de fixation en injectant sous la peau du flanc gauche un cc. d'huile térébenthinée, selon la formule :

Essence de térébenthine bouillie.... 4 gr.
Huile d'olives lavée et stérilisée..... 16 gr.

Le soir, il se fait une chute brusque de température de 41° à 37° 6.

Le 20 mars, l'état général reste très mauvais ; la piqûre n'a pas sensiblement donné de réaction, on ne perçoit qu'un léger empâtement de la largeur d'une pièce de cinq francs à son niveau.

Le 21 mars, seconde injection de thérébentine mitigée dans le flanc droit. L'enfant meurt dans la soirée.

A la lecture des vingt et une observations cliniques que nous venons de résumer, l'impression première, peut-être un sentiment d'incertitude sur la valeur curative de la méthode de Fochier. C'est que ces relations ne sont pas le résultat d'une sélection; nous avons publié celles qui concernent des échecs aussi bien que celles qui se rapportent à des succès.

Plus peut-être qu'une victoire une défaite est un enseignement, et c'est l'étude de tous ces faits, heureux ou malheureux, qui nous a permis de discerner, au milieu des opinions si diverses et parfois contradictoires des différents auteurs qui ont traité de la pyogénèse artificielle, où se trouvait la vérité. C'est cette étude surtout qui nous a fourni des données exactes sur les indications et la technique de l'abcès de fixation.

Il nous a paru intéressant de faire suivre ces observations d'un tableau résumant les résultats obtenus dans l'ensemble des cas publiés jusqu'à ce jour. Cette statistique montre que si la méthode de Fochier n'est pas, non plus que toute autre, infaillible, elle est du moins supérieure à bien d'autres plus vantées ou plus employées.

STATISTIQUE DES RÉSULTATS

fournis par la méthode de Fochier au cours de diverses pyrexies

AUTEURS	MALADES traités	SUCCÈS	INSUCCÈS	POURCENTAGE de succès
Arnozan	13	8	5	61,5
Lemoine	9	6	3	66,6
Daireaux	4	3	1	75
Carles	39	24	15	61,5
Boissard	13	8	5	61,5
Pic et Bonamour	10	6	4	60
Voiturier	121	81	40	66,9
Marmoiton	21	15	6	71,4
Totaux	230	151	79	65,6

CONCLUSIONS

La pyogénèse artificielle est une vieille médication qui a résisté à l'épreuve du temps, parce qu'elle se base sur un fait physiologique aujourd'hui bien établi, la fonction éliminatrice des leucocytes. Elle se propose de rejeter directement hors de l'économie les globules blancs chargés de toxines et devenus pour elle inutiles et dangereux.

La méthode de Fochier peut lui être rattachée par son principe, elle en diffère par sa technique et par son mode d'action : elle consiste à créer, par l'injection sous-cutanée d'essence de térébenthine, un centre d'appel pour les leucocytes éliminateurs. La substance injectée exerce en même temps sur tout l'organisme une action analeptique et antiseptique et provoque l'hyperleucocytose, facteur essentiel de la guérison.

L'abcès de fixation constitue le traitement héroïque de toutes les pyrexies par infection grave. Mais si l'on veut en retirer des résultats décisifs, on ne doit pas s'en tenir à une seule injection de térébenthine faite à la période agonique; il faut, suivant le conseil de Fochier, répéter systématiquement les piqûres de douze

en douze heures jusqu'à ce que l'on ait obtenu une réaction inflammatoire bien nette.

Il ne faut pas perdre de vue que cette médication se fonde sur la réaction même du malade, et ne pas attendre par conséquent, pour intervenir, que toutes ses facultés de réaction soient abolies.

L'absence de réaction est d'un pronostic fatal: elle indique la faillite de la défense organique. S'il se produit une inflammation franche et qu'elle ne semble pas influencer la marche de la maladie, on pourra penser qu'il s'agit d'une infection tuberculeuse, et différencier ainsi des affections pseudophymiques certaines formes de tuberculose évolutive.

L'abcès ne doit être incisé que si la défervescence s'est produite ou si, la maladie continuant à évoluer, un abcès de remplacement a été créé pour suppléer à l'action de celui que l'incision a évacué.

Une observation exacte de ces données permet seule d'attribuer les résultats obtenus à la méthode de Fochier et d'en retirer les éclatants succès qu'elle est susceptible de donner.

Vu :
Nancy, le 15 Avril 1913.
Le Président de Thèse,
P. HAUSHALTER.

Vu :
Nancy, le 16 Avril 1913
Le Doyen,
GROSS.

Vu et permis d'Imprimer :
Nancy, le 18 Avril 1913.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. ADAM,
Correspondant de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Arnozan. — *Journal de médecine de Bordeaux,* mars 1901. Les abcès de fixation.

Arnozan et Carles. — *Province médicale*, 23 décembre 1905. Quelques remarques nouvelles sur les abcès de fixation.

Arnozan et Mongour. — Précis de thérapeutique, éd. 1912, T. II, p. 601 : *Révulsion*. P. 603 : *Effets de la révulsion*. P. 620 : *Les abcès de fixation*.

Ball. — *Lyon médical,* 1900, n° 19, Dimanche, 13 mai, p. 64. Des abcès de fixation chez le cheval.

Bard (L.). — *Lyon médical*, 1892, n° 16, Dimanche, 17 avril, p. 49. Sur un cas de pneumonie traitée par les abcès de fixation.

Berman (Marc). — *Thèse de Paris*, 1893, n° 313. Traitement de la pneumonie grave par les injections sous-cutanées d'esssence de térébenthine.

Bleymi. — *Revue mens. de gynécol., d'obstét. et de péd. de Paris*, 1909, n° 7. Traitement de l'infection puerpérale par la méthode de Fochier.

Boissard. — *Journal d'Obstétrique*, 1908, n° 6, p. 417 à 440. Traitement de l'infection puerpérale par les abcès de fixation.

Bouillet. — Histoire de la médecine.

Branthomme. — *Revue de médecine*, 1896, avril. Trois cas d'abcès de fixation dans la pneumonie.

Bröse (Paul). — *Deutsche Medicin. Wochenschr.*, 1904, 24 octobre, p. 1607. Ueber die künstliche Eiterung nach der Methode Fochiers bei pyämichen Prozessen.

Bruntz. — *Thèse de Nancy*, 1911, n° 7. Le leucocyte éliminateur en physiologie et en pathologie.

Bruntz et L. Spillmann. — *Bulletin de la Société des sciences de Nancy*, 1911. T. XII, p. 5. Contribution à l'étude de la fonction éliminatrire des leucocytes.

— *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1911. T. CLII, p. 5. La coloration vitale des leucocytes doit avoir une signification physiologique.

— *Réunion biologique de Nancy*, 1911, 14 mars. Les leucocytes éliminateurs dans les maladies infectieuses.

Buchenaud. — *Thèse de Toulouse*, 1911. Quelques faits à l'actif des abcès artificiels (méthode de Fochier dans le traitement des infections puerpérales).

Campana (M^lle^ R.) et Codet Boisse. — *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, 1904, 8 mai, n° 19, p. 221 et 1904, 15 mai, n° 20, p. 233. Abcès de fixation dans quelques cas de broncho-pneumonies graves chez de jeunes enfants.

Carles. — *Thèse de Bordeaux*, 1902-1903, n° 3. Les abcès de fixation.

— *Journal de médecine de Bordeaux*, 1904. Les abcès de fixation et le pouvoir bactéricide du sang.

— Du rôle des leucocytes dans l'absorption et l'élimination des substances étrangères à l'organisme. Vigot, édit. Paris, 1904.

Carles et Bacqué. — *Journal de médecine de Bordeaux*, mars 1908. Fièvre typhoïde grave avec abcès septicémiques, trois abcès de fixation. Guérison.

Carles. — Les abcès de fixation dans le saturnisme. Bordeaux,

1909. *Bulletins et mémoires de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.* (Séance du 5 mars 1909).

— *Comptes rendus des séances de la Société de biologie* (1er février 1910). T. LXVIII, p. 327. Les abcès de fixation et la localisation des poisons et médicaments absorbés par les leucocytes.

— *Le Progrès médical*, 1911, n° 20, 20 mai, p. 241 ; *Revue générale :* Les abcès de fixation dans les maladies infectieuses.

— *Consultations médicales françaises,* n° 42 : Les Abcès de fixation. A. Poinat, édit. 1912.

— *Journal de médecine de Bordeaux*, 5 janvier 1913. Technique des abcès de fixation.

Cellarier. — *Thèse de Bordeaux*, 1905, n° 113. Les abcès de fixation chez les enfants.

Chantemesse. — *Bulletin de la Société méd. des hôp. de Paris*, 1892. (Séance du 25 mars, p. 203). Des injections térébenthinées dans un cas de maladie infectieuse généralisée.

Chantemesse et René Marie. — *Bulletin de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1892. (Séance du 27 mai, p. 376). Sur l'action des injections sous-cutanées d'essence de thérébenthine.

Chasssevant. — Pharmacologie. Art. essence de térébenthine, p. 272.

Chéron. — *Presse médicale,* mercredi, 16 avril 1902, p. 368. Du traitement de l'infection puerpérale généralisée par les abcès de fixation.

Chirié (J. L.). — *Presse médicale*, mercredi, 24 mars 1909, p. 208 ; *Médecine pratique :* Traitement de l'infection puerpérale par les abcès de fixation.

Colladon. — *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1894. Les abcès de fixation en otologie.

Conor. — *Presse médicale,* mercredi, 27 juin 1906, p. 411. *Société de biologie.* Sur le mode d'action des abcès de fixation.

Cortiguera (Joachim). — *Thèse de Santander*, 1896. La Sérothérapia y el flegmon de Fochier.

Costes. — *Thèse de Montpellier,* 1904, n° 79. Des abcès de fixation dans le traitement des varioles graves.

Cotret. — *Société d'Obstétrique*, 1900. Infection puerpérale traitée par le sérum de Marmoreck et les abcès artificiels.

Couvelaire. — *Journal des praticiens*, 8 février 1913, p. 84 ; *Clinique obstétricale* : Les Phlébites puerpérales et leur traitement.

Daireaux. — *Presse médicale,* 8 août 1906, p. 501. Traitemen des broncho-pneumonies graves par les abcès de fixation.

Dechaux. — *Thèse de Montpellier*, 1907, n° 17. Contribution à l'étude du traitement des broncho-pneumonies graves par les abcès de fixation.

Detscheff. — *Thèse de Lyon*, 1909, n° 40. Valeur thérapeutique de l'abcès de fixation dans les maladies broncho-pulmonaires aiguës.

Devé. — *Normandie médicale*, 1er juin 1906 ; *Thérapeutique :* Les abcès de fixation.

Dieulafoy. — *Bulletin de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1892. (Séance du 25 mars, p. 200). Traitement d'une pneumonie grippale suppurée par les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine.

Duchesnes. — *Concours médical*, 1912, n° 49, décembre, p. 1763. Actualités médicales : Les abcès de fixation.

Dumont. — *Presse médicale,* 23 novembre 1904, p. 748. Mouvement médical : Les abcès de fixation en Allemagne.

Durot. — *Thèse de Lille*, 1907, n° 32. Traitement de la pneumonie et de la broncho-pneumonie par les abcès de fixation.

Eloy. — *Revue générale de clinique et de thérapeutique,* 15 juin 1892. La pyogénèse artificielle et le traitement des maladies infectieuses.

Fiessinger. — *Journal des praticiens*, 17 septembre 1910, p. 603 ; *Thérapeutique médicale :* L'abcès de fixation dans le traitement des maladies broncho-pulmonaires aiguës.

— *Journal des praticiens*, 10 février 1912, p. 88 ; *Renseig. cliniques :* Les abcès de fixation dans l'érysipèle.

Fochier (A.). — *Lyon médical*, 1891, n° 34. Dimanche, 23 août, p. 553 à 567. Thérapeutique des infections pyogènes généralisées.

— *Lyon médical*, 1892, 8 mai, p. 59. Traitement des affections pyogènes par la provocation d'abcès artificiels.

— *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 1892. (Séance du 26 avril, p. 369). Lecture d'un mémoire sur le traitement des affections pyogènes par les abcès artificiels.

— *Lyon médical*, 1900, n° 35, Dimanche, 2 septembre, p. 1. Abcès de fixation et de neutralisation.

Fochier et Mérieux. — *Mémoires de la Société de biologie*, 1900 (Compte rendu de la Séance du 30 juin), p. 639. De l'action des abcès artificiels dans le charbon expérimental.

Fraikin. — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 1898, 7 février. Broncho-pneumonie double du sommet ; éruption quinique. Abcès de fixation.

Franc. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1892, 15 juillet. Traitement de la pneumonie purulente par les injections d'essence de térébenthine.

Fruhinsholz. — *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie*, 1907. De quelques restrictions à la thérapeutique intra-utérine des nouvelles accouchées.

Gardon. — *Bulletin médical de l'Algérie*, 30 mars 1907. Trois cas de broncho-pneumonies guéries par une seule injection de térébenthine.

Garnier (Charles). — *Comptes rendus de la Société de médecine de Nancy*, années 1902 et 1903. Pneumonie avec complications suppurées, multiples abcès sous-cutanés consécutifs à des injections médicamenteuses.

Gautier. — *Revue médicale de la Suisse Romande*, mars 1897. Abcès de fixation dans deux cas de fièvre typhoïde.

Gingeot. — *Bulletin de la Soc. méd. des hôp. de Paris,* 1892. (Séance du 13 mai, p. 325). Pneumonie grave traitée par les injections d'essence de térébenthine et suivie de guérison.

Gonnet. — *Revue de médecine,* 1911. Mémoires en l'honneur de R. Lépine, p. 319. Voir Lépine.

Guillaumont. — *Thèse de Nancy,* juillet 1893. Du traitement de quelques maladies infectieuses par les abcès de fixation.

Guinon (Louis) et G. Bureau. — *Société médicale des hôpitaux de Paris.* (Séance du 21 février), 1896, p. 211. Des abcès sous-cutanés provoqués au cours des pleuro-pneumonies graves.

Hallopeau et Appert. — Pathologie générale, p. 841 : Pathogénie de la fièvre.

Heuze. — *Presse médicale,* 1911, n° 54, 8 juillet, p. 574. Un cas d'infection puerpérale grave traitée par les abcès de fixation.

Hirigoyen. — *Presse médicale,* 1905, mercredi, 13 septembre, p. 582. Broncho-pneumonie au huitième mois de la grossesse. Accouchement spontané. Accidents cardio-pulmonaires graves. Abcès de fixation. Guérison.

Jacques. — *Thèse de Bordeaux,* 1896, n° 64. Contribution à l'étude de la thérapeutique des abcès de fixation dans les infections pyogènes généralisées.

Lançon. — *Thèse de Lyon,* 1911. Broncho-pneumonie infantile et abcès de fixation.

Lathuraz. — Voir Lépine (mémoires en l'honneur de...). *Revue de médecine,* 1911, p. 419.

Leclerc (Daniel). — Histoire de la médecine.

Lemoine (H.). (Du Val de Grâce). — *Revue internat. de méd. et de chirurg.*, n° 16673, 1905, 3 mars, p. 95. Traitement du catarrhe suffocant par les abcès de fixation.

Lépine (R.). — Livre jubilaire. *Supplément à la Revue de médecine,* 1911 :

Gonnet, p. 319. A propos du mode d'action des abcès de fixation. (Méthode de A. Fochier).

Lathuraz (A.), p. 419. De l'abcès de fixation créé artificiellement dans le but de modifier certaines formes de tuberculose pulmonaire.

Minet et Fontan. — *Echo médical du Nord*, T. XIII, n° 36, 5 septembre 1909, p. 422. Les abcès de fixation.

Montagnon. — *Lyon médical*, 4 décembre 1910. L'abcès de fixation dans le traitement de la broncho-pneumonie des enfants du premier âge.

Morsty (M.), (de Constantine). — *Presse médicale*, 1909, samedi, 30 octobre, p. 775 : *Compte rendu de la Société de Pathologie exotique*. Nouveau traitement du typhus exanthématique par les abcès de fixation.

Moutiers. — Pratique médico-chirurgicale. Art. Sétons.

Netter. — *Bulletin de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1892. (Séance du 25 mars, p. 205). Des altérations locales qui peuvent succéder à l'injection de substances irritantes dans le tissu cellulaire.

Olivier. — *Bulletin de la Société de médecine de Rouen*, 1892. Sur un cas de pneumonie traitée par les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine.

Oui. — *Echo médical du Nord*, 1904, 2 avril. Infection puerpérale et abcès de fixation.

Pic et Bonamour. — *Lyon médical*, 1910, 16 janvier. L'abcès de fixation dans le traitement des maladies broncho-pulmonaires aiguës.

Pic. — *Revue de médecine*, 1911 (livre jubilaire du prof. Lépine), p. 612. Les abcès de fixation dans l'érysipèle et quelques streptococcies.

Quinquaud (E.). — Des métastases. *Thèse de Paris*, 1880.

Raoul. — *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1892. Pneumonie et abcès de fixation.

Rendu. — *Bulletin de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1892.

(Séance du 13 mai, p. 330). Des injections de térébenthine dans la pneumonie.

Roland. — *Poitou médical,* mars 1908. Les abcès de fixation dans les infections puerpérales.

Romme. — *Presse médicale*, 1903, Samedi, 23 mai Les abcès de fixation dans les intoxications.

Sentex. — *Thèse de Paris,* 1880. Des abcès métastatiques dans la fièvre typhoïde.

Spillmann (P.). — *Revue médicale de l'Est*, 1892. *Travaux originaux,* p. 417. Du traitement des pneumonies graves par les injections sous-cutanées de térébenthine.

Spillmann (Louis) et Bruntz. — *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1911, T. 152, p. 154. Sur le rôle éliminateur des leucocytes.

— *Réunion biologique de Nancy,* 14 mars 1911. Sur l'excrétion artificielle des leucocytes éliminateurs.

— *Réunion biologique de Nancy*, 10 février 1911. Sur les conséquences pathologiques de la viciation des phénomènes de transport leucocytaire.

Trifon. — *Thèse de Lyon*, 1899, n° 55. Etude clinique des abcès de fixation au cours des septicémies puerpérales.

Turc. — *Thèse de Montpellier*, 1911, n° 104. Les abcès de fixation dans la pneumonie.

Vincent. — *Presse médicale,* 1906, Samedi, 13 janvier, p. 30. Abcès de fixation dans un cas de septicémie puerpérale.

Voiturier. — *Thèse de Lyon*, 1909, n° 118. Etude clinique des abcès de fixation dans l'infection puerpérale.

Vouters. — *Thèse de Lille*, 1909. Contribution à l'étude du traitement de l'infection puerpérale par les abcès de fixation et l'argent colloïdal.

TABLE DES MATIÈRES

Pages.

INTRODUCTION. 5

CHAPITRE I. — Aperçu historique de la pyogénèse artificielle. 9

CHAPITRE II. — Mode d'action de l'abcès de fixation dans les pyrexies 17

CHAPITRE III. — Technique et évolution des abcès de fixation. 25

CHAPITRE IV. — Inconvénients. Avantages : abcès pronostique ; abcès diagnostic. 37

CHAPITRE V. — Contre-indications et indications. Pyrexies justiciables de la méthode de Fochier 43

CHAPITRE VI. — Recherches expérimentales et observations cliniques 51

CONCLUSIONS 91

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE. 93

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER, 4, QUAI CHOISEUL, NANCY.